

醫療化的實作本體論： 臺灣慢性腎病衛教實作的體制分析

林文源

林文源 國立清華大學通識教育中心教授。通訊地址：新竹市光復路二段101號清華大學通識教育中心。Email: wylin1@mx.nthu.edu.tw。作者希望感謝受訪與協助本研究的護理師、營養師、病患、醫師及相關人員與組織，雖無法具名致謝，但若無您們的協助，本研究絕對無法完成，謹期望本研究有助於發展更適切臨床照護與政策。本文為科技部「醫療治理建構中的公眾科技理解：以衛教之實作文化為例」計畫（NSC 102-2511-S-007 -003 -MY3）、中央研究院社會學研究所「臺灣慢性腎病防治體制建立過程與實作之社會學考察」來院訪問研究案累積之成果，作者感謝科技部與中研院社會所的支持。本文初稿曾發表於臺灣科技與社會研究學會2014年年會，感謝評論人陳嘉新，及李尙仁、秦先玉的建議。作者也感謝許雅筑、吳晨音、張君熒、吳映青、陳奐宇、曾柏嘉在田野訪談、資料整理與行政事務上的長期協助。最後，更必須感謝《臺灣社會學刊》劉正主編、編委會、匿名審查人及吳佐芸編輯助理的建議與協助，讓本文更加精進。

收稿日期：2014/4/10，接受刊登：2014/10/6。

中文摘要

醫療化 (medicalization) 是醫療社會學的重要概念，既有研究已指出其知識、制度、社會互動及實務意涵，但甚少分析臨床實作。本文以科技與社會研究的實作本體論與體制分析觀點，分析臺灣慢性腎病 (Chronic Kidney Disease, CKD) 臨床衛教實作，凸顯醫療化過程中衛教實作體制的本體論意涵。2002年起臺灣腎臟醫學會預設普遍客觀的「腎絲球過濾率」診斷，大力推動CKD防治。面對本地多元醫療選擇，衛教實作並不只是傳授知識、規訓病患，也並非如醫學會等拓展知識類屬、專業擴權或社會控制過程時「否定、禁止」另類醫療，而是承認病患的另類醫療與社會主體性，以「維繫、競爭」為主要策略，在多種連結與整合佈署中社會化CKD，形成新臨床與日常實作體制，探討在本地實現CKD疾病現實。正視在地體制脈絡的實作本體論分析，正視看似普遍的疾病如何實現於在地，可在理論上彰顯醫療化的本體論層次，亦有助於擴充醫療化的在地適用性。

關鍵詞：醫療化、醫療實作、實作本體論、體制分析、衛教

**The Ontologies-in-Practice of Medicalization:
A Regime Analysis of Chronic Kidney Disease in the Taiwanese Health
Education System**

Wen-Yuan LIN

Center for General Education

National Tsing Hua University

Abstract

Despite well-established medicalization theory, clinical practices and their specific local ontological constitutions are generally understudied. Drawing on regime analysis from science, technology, and social science studies, this paper examines how nursing practices enact the biomedical realities of chronic kidney disease (CKD) in Taiwan, and discusses their ontological implications. In order to address CKD in the daily lives of patients, nurses use a “maintain and compete” subjectification strategy by linking and integrating existing clinical and social practices. They connect their patients’ social, interactional, cognitive and motivational modes of existence by reinterpreting complex medical indexes and clinical guidelines into simple language, help their patients make necessary adaptations in their daily lives to deal with CKD, address institutional and practical problems, and supervise the use of alternative therapies. This examination of the making of a new ontological infrastructure in clinical nursing practices extends the theoretical scope and local application of medicalization theory.

Keywords: Medicalization, Medical practices, Ontologies-in-practice, Regime analysis, Health education

一、前言

醫療化是醫療社會學的重要理論，關注生物醫學的擴張與社會後果。自1970年代以來，此理論發展知識建構、專業宰制、社會控制、價值單一化及政策實務層面的多層次批判。醫療化理論大家Peter Conrad（2007: x）認為此理論不但有極重要的社會學意涵，對於批判當代社會愈形加速的醫療擴張，更具有重大現實意義。

相較於既有研究多以在地個案補充或直接應用醫療化理論命題，本文以臺灣慢性腎病（Chronic Kidney Disease，簡稱CKD）衛教實作案例拓展醫療化理論。本研究跟隨科技與社會研究（Science, Technology and Society Studies，簡稱STS）的實作本體論（ontologies-in-practice）轉向，帶入體制分析（regime analysis）觀點，釐清醫療化的實作體制（regime of practice）基礎。¹

2002年之前臺灣社會對CKD毫無所知，但在過去十餘年間卻急速轉變。數量上，參與腎臟病健康促進機構家數從2003年的5家，成長到2013年的145家。Pre-ESRD²病患人數從2006年的749人，增長到2013年的125,191人；early CKD從2012年上路就有760家參與，收案人數共123,979人（為院所紀錄中符合CKD人數的26.98%），2013年則有894家，收案達174,910人（29.36%）（中央健康保險署 2014a）。而2013

¹ 本文使用之「實作」（practice）是指對脈絡化情境或體制造成影響的作為，在一般社會學用語中為「行動」（action）。根據STS觀點中容納異質實作的可能性，且為避免行動一詞帶來的目的性與人本中心意涵，本文採用實作一詞（Turner 1994; Rouse 1996）。

² CKD分為五期，第三期又分為a、b：1、2、3a期稱為early CKD，3b、4、5期稱為Pre-ESRD。請見下文解釋。

年腎臟醫學會也召集跨專科研擬新版臺灣本土慢性腎臟病臨床診療指引（中央健康保險署 2014b）。簡而言之，短短十餘年CKD臨床現實已在跨專科的近千家院所、約三十萬病患的臨床與日常生活中實現。

在此過程中，臨床衛教是關鍵。除了腎臟醫學推動「腎絲球過濾率」（estimated glomerular filtration rate，簡稱eGFR）的標準化診斷與分類、建立臨床指引（guideline）、及政策、社會論述與組織動員之外，實現CKD的根基在於：如何將此新疾病在忽視腎病的病患、院所等日常實作中實現？本文指出，相較於醫學會預設CKD的普遍性與客觀性，臨床衛教面對病患的多元社會與醫療實作，有不同的「維繫與競爭」策略與雙重本體論：以連結與整合異質實作而社會化（socialize）CKD以自然化CKD。本文認為實作本體論的體制分析有助於拓展醫療化理論的視野，並改進其在地有效性。

二、醫療化的本體論與體制分析

醫療化是醫療社會學的重要理論，對於當代生物醫療擴張與其社會後果，尤其是知識、社會互動與制度面，有相當豐富的討論。

首先是知識與疾病類屬的建構。從最早Eliot Freidson（1988/1970）以標籤化疾病的定義開始，醫療化常強調醫學擴張如何使原本非關疾病的多元身體、精神與生命狀態，化約為生物醫學意義下，看似客觀中立、可／應被治療與改善的單向度疾病與健康問題。

其次是知識及社會建構的互動。從Ivan Illich（1975）、Freidson（1988/1970）指出專業擴權而發展的專業宰制（professional dominance）、Barbara Ehrenreich與Deirdre English（1973）批判男性主導的醫療專業控制女性身體，到Peter Conrad與Joseph Schneider（1980）

強調醫療專業與社會道德企業家（moral entrepreneur）的競逐與爭議，皆展示行動者在各自旨趣下，推動各種社會過程與機制，爭奪知識定義與社會權力的互動過程。

最後是制度層面的擴張。從Irving Zola（1972）將醫療擴張視為社會控制機制開始，Illich（1975）拓展此命題，指出醫療體制擴張牽涉到官僚化、科技化與產業化，使醫療專業滲入教育及司法等制度壟斷決策權力。這些制度轉變除了將原本屬於宗教、政治及社會層面的爭議，轉變為健康、公共衛生意義下的問題，更形成科技、醫院與藥廠產業的複合治理體制，不但粉飾潛在社會問題與衝突，更造成政策負擔。

儘管醫療化隱含著「實現疾病」的關鍵，但既有討論，往往偏好知識擴張的認識論層次的定義、互動與制度過程。儘管臨床工作者是在醫療臨床擴張過程不可或缺，但醫療化理論卻常常忽略的隱形行動者；亦即，多數研究集中在面向新診斷與治療定義的建構，或是社會、專業與制度競逐，因此往往只看見醫師、醫學會、藥廠、國家、政策，甚至社運組織，卻看不見打造醫療化的臨床實作，以及打造這些過程的行動者，例如衛教師。³但無論政策如何訂定、制度如何擴張，社會論述如何建構，最終還是必須藉由臨床實作協調異質元素，將新疾病日常化：讓政策／診斷指引／知識與論述中的抽象疾病實現，成為病患與院所日常實作中可理解、可行的現實。簡而言之，忽略檢視臨床實作的醫療化批判相當不足，尤其是CKD這種高度仰賴衛教的慢性病。

本研究跟隨STS的體制觀點，強調跟隨爭議或實作脈絡，描繪在地體制構成、探討其中多重行動者如何在實作過程協商，發展出獨特的認知與實作體制，以促成事物的存在。不同於一般只關注政策、國家或政治經濟結構的體制觀點，實作體制分析強調多元異質實作、參與者、分

³ 以衛教師統稱護理師與營養師。

類與實作架構的變動，對事物存在造成的影響。其分析方法以具體個案脈絡，將定義場域的非整體、多種力量與行動者的影響去實體化，對稱地將構成知識—社會—技術體制的實作視為由各種異質、多元佈署（deployment）競逐構成的效果（Deleuze 1992），以描繪定位環繞著特定事物變化的組織／人、論述、物質與制度，如何形成特定體制配置與實作模式，促成事物存在（林文源 2014a: 84-92; 2014b）。不同於一般本體論討論預設需要描繪世界的本質存在與規律，實作體制觀點源自「實作本體論」，認為事物存在是在實作中實現（Jensen 2010; Latour 1993; 林文源 2007）。因此，實作效果聚集、實現為特定事物樣態的存在，而其變化則造成行動者認知與促成事物的方式的轉變，也就是實作體制的變遷。

作者已由體制分析方法指出臺灣的腎病問題如何在腎臟醫學會與政策規劃者預設普遍性的CKD基礎上，從2001年開始演變為當前的防治體制而自然化CKD的普遍存在（如圖1）（林文源 2012）。本文進一步彰顯體制分析的本體論基礎，釐清臨床衛教實作如何推進CKD體制外，更深入探索其如何在日常與臨床實現的本體論意涵，藉此補充與拓展醫療化理論。關注焦點為圖1（下方）的體制關鍵：衛教師如何發展實作佈署將病患帶入衛教管理以實現CKD的過程。

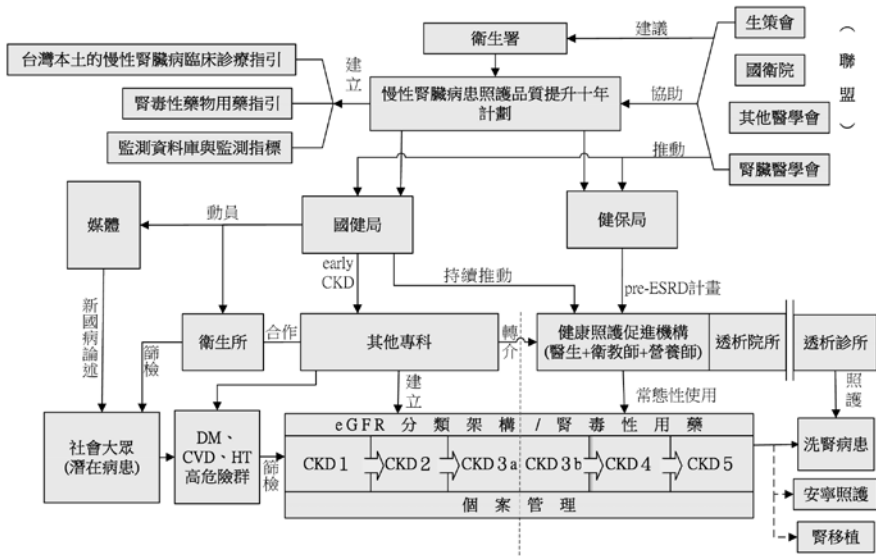


圖1 當前臺灣的CKD體制
資料來源：林文源（2012）

三、研究資料與方法

本文資料與來源如下：（一）文獻資料：1980年起至2013年之腎病、糖尿病相關報章報導與重要機構及制度文獻，來源包括電子資料庫搜尋、書籍與相關單位提供。⁴

（二）推動單位資料：自2007年起，參訪北部A、R、S、T，中部Z，南部K，東部M等七個執行腎病與糖尿病照護之院所蒐集資料。也蒐集政策會議與研究報告。

⁴ 糖尿病臨床上容易發展為腎病，兩者衛教高度相關，例如A院同時推動兩者之防治，護理師也多是雙訓練。因此本研究包含糖尿病防治院所、醫護與病患，但討論時以腎病為主。

(三) 參與觀察：研究者自2010起參與慢性腎臟病防治與照護品質相關計畫之規劃、檢討政策會議；2012年起參與健康服務品質政策諮詢委員會。2011年起參與A院之篩檢活動。2011年2月至5月，於週一、三、五上午於A院進行臨床衛教觀察與訪談，並進行長達一年餘不等之追蹤訪談。2014年五月起迄今再次於A院週一、二、四、五之門診進行臨床觀察與訪談。

(四) 訪談：2007年起迄今，正式與非正式訪問政策參與者18人次，臨床醫師9名、護理師41人次與營養師3名（其中衛教師共25人次），其他院所相關執行者27名，部分不允許錄音。以下引用院所衛教師受訪者以院所英文代號加數字代表，例如A1；營養師加D，如AD1；醫師加P，如AP1。

四、衛教體制佈署

臺灣近年的慢性腎病問題轉變，源自於落實美國的國家腎臟基金會（National Kidney Foundation）根據美國1988-1994年的國民健康與營養調查資料所發展的eGFR指標與CKD架構（Levey, Bosch, Lewis, Greene, Rogers and Roth 1999）。在這新架構下，CKD第1到5期的指數為：100-90、89-60、59-30、29-15與<15ml/min，第1期為最輕微，第5期接近末期腎衰竭（洗腎）。

eGFR定義下的CKD歷經以下的轉變才落實於臺灣：首先，2002年eGFR被臺灣腎臟醫學會引入國內，在學會宣導與教育訓練中被推廣與學習。其次，運用eGFR進行新流行病學調查，標示本地腎病盛行率。第三，這些國際趨勢、調查成果進一步在政策會議、大眾媒體上公布，一方面以國際最新趨勢推廣指標，另一方面將腎病盛行率與潛在病患，

連結到當前的「洗腎王國」嚴重問題。第四，這些研究成果、公衆輿論與國際趨勢形成專業、政策與社會共識，按CKD架構逐步制訂政策，最後於2011年建立全國防治體系（林文源 2012）。

除了政策與專業推動，所有推動CKD計畫的核心在於建立衛教體制。因此，這個新體制發展相當仰賴衛教師發展策略、穩定CKD臨床基礎才達成。衛教實作面對的既有社會、院所實作體制與挑戰有三方面：

第一，如同「原本非醫療」的問題標籤化爲「疾病」而醫療化，CKD防治的衛教，的確是「無中生有」。首先，必須讓流行病估算中超過臺灣人口一成，卻隱身於七百萬高危險群中、不認爲自己有病的病患及早現身（Wen, Cheng, Tsai, Chang, Chan, Tsai, Chiang, Hsu, Sung, Hsu and Wen 2008；邱淑緹 2010）。其次，要讓被篩檢出的病患，在幾乎不感覺病痛的情形下，改變既有生活模式，長期維持回診、衛教與符合CKD指引的生活習慣（圖2左方）。

其次，根據調查，本地有多元醫療文化且民衆並用、混用的比例高達85.65%（丁志音 2003；林寬佳、陳美麗、葉美玲、許中華、陳逸倫、周碧瑟 2009），這與田野調查結果大致吻合。田野中常見有中醫、偏方、保健食品、超自然、忽略等不同選擇，在地衛教要實現的CKD必須跟這些療法競爭，並取而代之（圖2下方）。⁵

最後，是臨床實作問題。既有院所各科之間有其各自實作流程與安排，但CKD以eGFR的五階段爲區分（第三期又分a、b），將病程線性化，依階段安排納入長期個案追蹤：不但希望在非腎臟科內建立CKD架構與意識（圖2右方），再根據分科現實將CKD 1、2、3a期（early

⁵ 使用多元療法的病患有不同醫療佈署，也有不同於CKD病患的主體樣態，而在面對CKD衛教的實作時，也會有各種競逐與變化。未來會另外處理這些另類體制與實作議題。

CKD) 留在原科照顧但引入腎病衛教，又希望各科能將CKD 3b、4、5 (Pre-ESRD) 階段的病患，轉介到腎臟科照護 (圖2右上與右方)。甚至，在有限衛教人力如何維持對廣大病患的專一、連續衛教，也需要院所其他單位及衛教團隊內順暢合作 (圖2中)。這種藉由跨科合作與轉介、改變其他科實作，以及團隊合作而實現CKD線性病程與長期追蹤的過程，是在地實現CKD的關鍵。

因此，不同於醫學會、政策規劃者的全景體制視野 (圖1)，衛教師打造的實作體制如圖2。

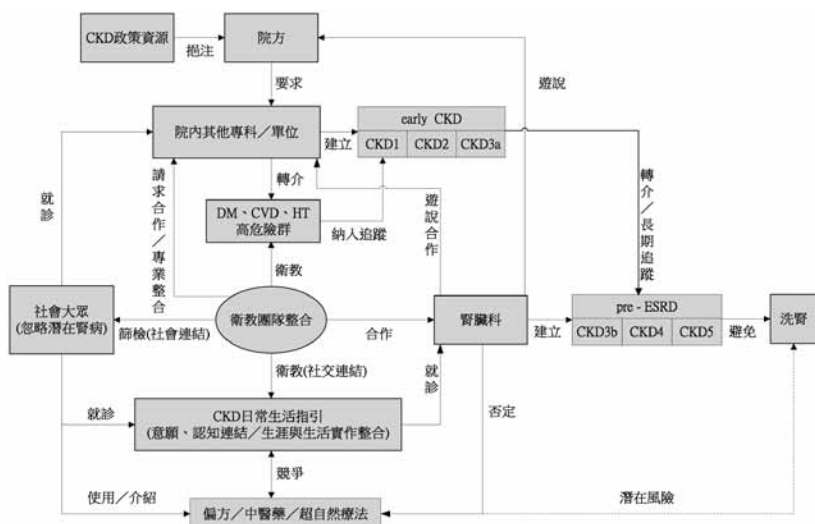


圖2 臨床衛教推動CKD醫療化的實作體制

五、促成CKD

跟隨實作本體論視野，在田野觀察與訪談中，衛教實作發展以下主體化策略及實作機制以實現CKD。

(一) 維繫與競爭：不同主體化佈署策略

國外研究指出，面對異質的另類療法，相較於醫師往往僅駁斥其正確性，衛教師因為在第一線面對病患，因此往往更為正視其中的複雜性，包括病患的理解、了解相關證據，甚至是考量這些療法的有效性（Broom and Tovey 2007; Tovey and Adams 2002, 2003）。田野中，儘管沒有任何醫護肯定另類療法，但面對此議題，醫師與衛教師也呈現不同的策略：類似醫學會與醫政單位在推動CKD時常見的社會與政策論述，受訪醫師也經常「否定、禁止」另類療法（民生報 2003a, 2003b；中華日報 2010；劉郁青 2003）。少數醫師如AP1委婉表達「我們不能證明那些有用」，多數則直接否定，如KP1認為「沒有根據、不科學」。

相較於此，面對本地層出不窮的另類療法，衛教師有相當不同的「維繫、競爭」策略，這源自兩者的處境、互動差異。⁶就實作意義來說，儘管因為院所條件不一、實作的隱微知識不同（Herbig, Büssing and Dipl 2001），但在衛教師訪談中，都出現類似的「維繫與競爭」的主題。K1說：

病人通常不會跟醫師講他吃中藥、吃什麼偏方，可是來我們這邊他會講，為什麼？我們跟他耗的時間比較多，所以通常他會講，……（按，不承認者）我們會比較注重他的表情，有時候

⁶ 多數醫師直接否定另類療法，但其實他們甚少深入了解。即使醫師有心了解，但在以四小時處理五、六十位診次、每位只有三到五分鐘的有限時間中，很難落實。若發現，較常見是在病歷註記交代衛教師接手處理。此外，因為衛教師之薪資來源與衛教計畫之申報有關，因此其維繫策略也與必須將病患維持在衛教回診的壓力有關。

你問他說有沒有吃中藥，眼神一閃爍大概就知道，就抓到他到底有沒有吃了

但即使「抓到」，衛教師並不直接拆穿、否定或禁止。領導長年獲得績優腎臟與糖尿病照護機構的護理長A1的說法，很能代表其中務實考量：

他（按，病患）還是主要跟其他疾病（按，認知）作連結，我覺得最重要的一點是，他怎麼樣定期追蹤，包括他不來看診……不吃藥，或是他跑去吃偏方……（按，各種另類療法），最常聽到就是腰子（按，腎臟）不好，就有很多親朋好友會介紹他去怎麼樣……就會跑去吃中藥或是怎麼樣。我們那時候（按，衛教時）只有提出一個很重要的觀念就是，你怎麼知道你吃藥有沒有效？你要回來抽血追蹤呀，當這些事情他……因為其實到了某個階段，我們還是要讓他去試，他不去試他還是不會死心，所以重點就是定期追蹤。

其中的關鍵是維繫。爲了達成目標，她們必須讓病患願意持續回診，才有機會與CKD發生關聯，以爭取實現CKD爲具有競爭力的模式。A1強調其中風險，並設身處地以社交互動觀點說服病患：

（按，發現病患用其他療法）你這個時候你再去禁止他，他可能就不來了，或者是說，他就覺得說，你們就是怎樣怎樣（按，例如院所利益），所以才叫我做什麼……。

只有一個大原則啦，假設他要去吃中草藥，我通常都只跟他講

兩個，第一個你不要被人家騙了，就是不要花了錢又傷身。第二個就是我們希望他找的是合格的醫師，我會特別去跟他強調說……其他人跟你講的，他們都是好意，他們也想幫助你，只是他們可能對這個東西不是很了解，所以告訴你很多很多的訊息……，可是因為吃的人是個案自己呀，要承受的也是他。

所以我還是強烈建議他，不管怎麼樣，就算你不吃我們的藥，你還是要來追蹤、來抽血，我也不因為你不吃我們的藥，然後我們就對你有什麼不同的看待或是怎麼樣，不會。

如A1所說，一方面，以社交關係、既有用藥習慣為出發點，如「他們都是好意……只是……對這個東西不是很了解」、「不因為你不吃我們的藥……對你有什麼不同」設想病患處境與維繫病患。另一方面，「一定要定期追蹤，你才知道說你的腎功能有沒有變得更差」，在維繫中實現定期檢驗，藉此讓CKD的指標成為主要評判標準，評斷那些使用另類療法者理解「你花這麼多錢、作這麼多治療，到底有效沒效？」

因此，衛教師的實作是在承認既有多重另類腎病世界與主體的現實基礎上，維繫機會以打造具有競爭力的CKD世界與主體性。在這種維繫與競爭的主軸下，衛教實作必須積極社會化CKD：連結病患，並整合院所、病患生活與團隊，以實現CKD的自然、普遍性。

（二）連結佈署

在此「連結」意義下，衛教必須建立社會、社交、意願及理解上的連結，這廣泛地牽涉到病患身處的既有多元社會與醫療現實（Lin

2013)，以促成「無中生有」的防治。病患可能不自覺有問題、也不認為某些癥狀有問題，甚至有問題也不見得看西醫，因此，環繞著防治主軸，衛教師必須在以下連結實作中，逐漸位移民衆，使既有社交、意願、認知等社會主體性面向趨近CKD病患的主體性。

1. 社會連結

首先，要在臨床實現CKD，必須先讓原本不認為自己有病的病患現身。這項工作是藉由宣導，以及更直接的篩檢活動達成。這必須使CKD由政策、院所延伸到社會，成為「社會中的CKD」。

早在推動CKD之前，許多醫院的社區醫學部已有類似的巡迴義診、學校宣導或社區健康促進。從開始推廣CKD以來，除了更積極將腎病篩檢納入這些活動外，更在每年世界腎臟日推動園遊會，辦理篩檢。例如，除了像R、Z、K等率先參與試辦計畫的龍頭醫院有例行社區義診與篩檢外，其餘地區院所，如S院、A院都在世界腎臟配合辦理篩檢活動。

例如A院從2006年加入腎臟健康促進機構後，每年都在腎臟日篩檢數百人。在我數次參與觀察中，注意到幾點安排，凸顯衛教實作的社會連結策略。首先是時間。儘管世界腎臟日是每年3月的第二個星期四，但因為「週間根本沒有人潮」，活動往往調整為週末。其次是地點。相較於大型院所平常是以社區巡迴或在衛生所辦理，而活動型的篩檢多選在市區的休閒遊憩場所。例如A院常在山區公園環山步道設篩檢站，原因是，因為「會運動的民衆通常比較注重健康，也是平時社區篩檢接觸不到的……若發現有問題，回診的動機較高。」第三是對象。假日風景區人潮衆多，因此衛教師必須有效運用有限人力有效號召參與。⁷A15說

⁷ 設四站，每站有六到七位護理師，從上午七點到中午十二點，包辦發傳單、介紹、引導與檢驗樣本及資料登錄等工作。

她們的策略是：

女性比較注重健康，比較會自己來問……，平常社區也是婆婆媽媽……比較會來看診。男性比較難自動，……。要他們當場做也不容易。所以盡量找家人或男女……一起的，只要女性要做，因為要等，先生就請他順便……，就說反正也是要等。這樣比較有效。

據觀察，女性無論是單獨或群體參與比例甚高，但個別或群體男性甚少參與，往往是在女伴遊說下「順便」篩檢。

如此，從醫療化的臨床實作意義來說，「如何找到潛在病患」是衛教團隊的首要問題，而向社會連結、篩檢大眾是其解決方案。藉此，原本僅存在院所衛教內的CKD，藉此被推廣、促成為社區、日常生活中具體存在的疾病現實。從本體論層次而言，藉由類似的活動與實作安排，連結CKD與潛在、忽略腎病的社會主體。這是在社會連結中促成CKD的第一步。

但這不是單向擴展CKD，因為這些實作卻同樣彰顯衛教人員納入社會大眾既有生活模式與習性的考量。也就是說，如下顯示，在建立CKD現實與病患主體時，衛教仍必須不斷面對、協商病患固有的社會（性別、生活節奏、模式）主體性。這再次彰顯其維繫、競爭的實作核心。

2. 社交連結

進一步，一旦病患進到院所開始，衛教實作環繞著病患建立更具體的CKD存在。理想上，及早建立全面疾病認知與生活管理是防治關鍵，但實作上，這卻不是最好的方法。AD3說，自己「一開始……可能想要

說，一個病人來，我們要把所有的東西都告訴他。」但被學姐糾正這樣效果不好，原因是：

不見得是每個人都要聽所有的東西，然後再包括可能stage、病人的理解能力……這些東西其實是因人而異的。他可能一開始來（按，誤以為）就準備要做血液透析這件事……可是有人來他其實是想，我要能夠不要洗腎，所以他才來這邊……然後包括對疾病的了解，可能每個人對疾病的認知不一樣，那你怎麼去知道這個病人到底知道到什麼程度，然後他想要知道哪一些東西，這個都是要從（按，互動）經驗中去探索跟學習的。

這是CKD現實的脆弱之處：病患可能到CKD 5階段（接近洗腎）都沒有明顯病痛，因此，臨床要實現的CKD必須先成為「長期互動中的CKD」。但要病患維持長期定期回診需要相當大的技巧，更何況太早讓病患了解全面知識，包括CKD不可逆、只能維持且最終可能洗腎，只會嚇跑對方。因此，衛教師不輕舉妄動，首要工作反而是維繫病患，逐步在社交、意願與理解中連結衛教目標。

首先，CKD個案管理的歷程可能長達數年，加上其他病程，可能長達數十年，因此有經驗的衛教師都了解讓病患信任、持續就診的關鍵是「搏感情」。A5說：

最基本……需要時間去培養你跟他的感情，你跟他的感情要有時間去培養，你才能夠找到那個東西（按，說服的重點），如果沒有時間培養我覺得比較難……因為你來門診就是蜻蜓點水，可是如果長期下來，每次你來都是遇到我，或是我們常常

會遇到，那就不一樣，說實在臺灣人還是比較講感情，很多東西是可以搏感情的。

而S1更結合護理專業的衛教階段評估說：

「沉思前期」⁸的患者，他根本就不願意改變，那其實你跟他講很多很專業的東西他也不會去接受，所以其實這個時候我們會比較把重點放在跟他建立關係，至少先讓他信任你，才有辦法繼續進行下一步。……然後如果像是「沉思期」或是「準備期」，其實就可以慢慢跟他帶到一些比較正題上面的東西了……，那如果他其實已經算是「行動期」甚至已經到「維持期」的話，那就是只是follow他現在在做的……，如果有問題再幫他導正回來。

因為「建立關係是最困難的」，因此實作上必須步步為營，全方面試探，AD3說：

因為他根本不想跟你講話，……有的甚至連醫生都不要看，他只願意拿了藥就要走了，可是他有納入那種試辦計劃（按，CKD個案管理），就是你勢必一定要去跟他講話的，那這種就要想辦法多跟他講兩句話。

⁸ 這是衛教專業主體化病患意識變化的重要認識叢集，環繞著承認疾病存在與行動而發展，例如，分為沈思前期、沉思期、準備期（或決定期）、行動期、維持期與復發期等。與下文的「病識感」相關。

也因此，在實地觀察過程，常常聽到長期病患與衛教師聊工作、娶媳婦，家裡或子女困擾的情形，而這些全面了解也有助於建立衛教能力。

3.意願連結

一旦建立關係後，病患就能參與實現CKD嗎？不盡然。因為這還牽涉到病患意願、理解與改變能力。前兩者，仍是連結「混雜病患既有的社會與認知主體性的CKD」。首先在意願上，R、T、S、M、K都是大型院所，無法像小院所A早期⁹一般深入掌握每位病患。因此，需要鼓動病患意願，以更有效達成目標。Z3描述病患的心路歷程：

剛開始，新病人一定是最有意願的，而且他也最想聽，想要聽很多他想要可以改變的方法、學習的方法的部分，……在第三期（按，CKD 3）的病人，隨著病程的一直增長，那他的心可能會比較冷卻了……，因為他已經習慣跟這個疾病為伍了……。最末期的病人來說的話，有不同兩極……一個很有意願的他就會很努力的很配合，那另外一個就會覺得說，我就這樣了，我就放著這樣就好了……。

（按，過程中）意願很重要，如果他很願意接受你跟他說的一些建議，他願意改變，他也願意忍受……。沒有意願的話，你跟他講怎麼講大概他都聽不進去，他的心沒有想要改變，他就覺得放著就好了，就這樣吧……。

⁹ 目前個案近兩千人，難維持早期的深入了解。

配合著這種意願起伏，爲了避免病患「放著就好」，甚至就此消失。衛教師發展的策略是連結病患的危機或期望，以增強其意願。例如A2採取的方法是：

像我們其實還滿多病人糖尿病比較久，你每次來會跟他說要好好測血糖，要飲食要注意呀要怎麼樣，三餐要定時定量。還要找他有感覺的點……難道你不覺得你眼睛愈來愈糟糕嗎？小便都有蛋白質了？……有人會跟你說好好好，面帶微笑跟你說好好好，可是實際上他回去不會執行，他還是照他的方式。那有些病人他一開始就表明他不太想聽，那你就知道應該要打住了，因爲你再講也沒什麼效果了。

……你如果能找到一個足以改變他、改變的那個東西，那你就贏了，你如果能找到，你很厲害能夠找到的話那你就贏了。可能他關心……譬如說是家人呀，或是說哪一天這個病人他真的覺得我眼睛就真的愈來愈糟糕了，然後你跟他講，他可能就真的願意去改變。

這種意願連結的方式因人因地而異。例如，Z醫院處於在人口老化嚴重的中部農業縣市，因此患者幾乎都是低教育程度、高齡者，「阿公阿常常說糖份（按，糖尿病）、腰子病就沒用了……麻煩，會連累子女。乾脆死死去。」Z3她們常用的回應技巧是：

這時要跟他說你要定時來啊，照我們教的這樣吃，身體就會勇健，就可以顧孫（按，照顧孫子）……少年的（按，兒女）才

可以放心打拚。你這樣「呷百二」（按，活到一百二十歲）都沒問題。

而M院位處東部，原住民患者經常有失業、生活處境低迷的狀況，M2則說「只能藉由把疾病當成他可以專注的事，提供榜樣……，跟他說……給自己一個機會。」用以激勵病患。

4. 認知連結

儘管牽涉許多實作，但是衛教相當關注的一點是病患的「病識感」，認為只有讓病患意識到自己的疾病重要性，能夠全面自我改變與監控，才有改善疾病的可能。這是CKD防治主體性的關鍵核心：為防範病程惡化，成為能如此理解、據此改變且願意長期維持的病患。

然而，如同上述社交及意願連結，並不只是將正確知識告訴病患即可。因為這些知識太多且太繁瑣，很難落實於病患生活中。因此，也必須連結各種論述與具體的操作，促成結合病患處境的認知，形成「能理解的CKD」。這些解說當然牽涉到病程與病患理解差異，例如，在CKD1至3期允許較為寬鬆與緩慢進行，但4、5期則需要較為積極說服遵守。某些年輕、高教育程度者能直接閱讀衛教單張，甚至自己找書、上網查資料。但對於占多數、較不容易理解的高齡病患，則採取以下策略。首先，是將複雜的疾病機轉以簡易關係形成整體認知，例如A1說：

在糖尿病或是高血壓，其實我們的重點就是讓他維持比較健康的生活型態，……會告訴他這個東西的影響，包括膽固醇也是呀、高血脂，我們也會把它跟腎臟作一個連結，因為其實這些東西影響的都是血管。……有一個很清楚的概念說明就是說，

因為一個腎臟有一百萬條微血管嘛，基本上它就是一個血球在那裡，所以我們會把這些東西都連結在一起，不管是高血壓、不管是糖尿病，它影響的都是血管嘛。

其次，是建立常識連結。事實上，衛教師都觀察到病患回診最關心的都是檢驗數值，因此這是衛教重點。但是，基本CKD檢驗中牽涉到十餘項數值，若加上糖尿病則更多。衛教師掌握「捉大放小」的原則，例如在臺灣現行脈絡，CKD的給付政策、專業分工、病程嚴重程度，都是以CKD 3為分界（ $eGFR < 60 \text{ml/min}$ ），因此，衛教師的解說就避開複雜問題，以分數概念加強60的印象。A1舉例說：

我們比較少用creatinine其他那些，……大部分都是用GFR跟病人聊，那我覺得一個很簡單的概念就是分數嘛，六十分及格，這是大家比較能夠接受的概念，……就這個分數去告訴他說，如果你要把血糖、血壓控制好，這個分數才不會一直掉下去，不會掉得很快。……基本上長時間來看，它還是會掉下去，只是我們希望把那時間拉長，而不是讓它直接就掉下去。

其次，對於疾病機轉，也是以日常常識解釋。例如A2解釋檢驗中的蛋白、血球數值的方法是：

蛋白尿我們一定會跟他講說尿裡面有泡泡嘛，然後會告訴他說那為什麼會有這個情形產生，……用比喻呀，什麼鹽巴啦、綠豆、紅豆，什麼東西會漏出來、什麼東西不應該漏出來，像蛋白尿，蛋白就是大分子，理論上應該不會漏出來呀，那當腎

絲球有發炎的時候，它的膜就會破洞，然後蛋白才會跑出來呀，……血球也是大分子呀，理論上它也不應該跑出來。

而A4則更生動地解釋糖尿病：

你就想想看呀，你在吃的蜜餞呀，蜜餞泡在那個甜甜的糖分裡頭都泡的軟軟的，大概他就比較能夠理解，原來你的器官就是泡在這樣一個糖分的狀態，讓你的器官看起來就是這麼不健康，或是說你會跟他說，你的血糖對你的血管的影響，吃太甜……的比喻就是說很像海嘯，餐後的血糖就很像海嘯去拍打你的血管壁，這樣他就比較能夠去了解這樣的傷害有多大。

最後，慢性腎病患者年齡偏高，對許多病患來說，這些隱喻與說明仍太抽象，因此，衛教師在臨床上發展許多輔助工具，加深理解。例如，Z院從2001就開始做腎病衛教，也是迄今也是全國衛教工具發展最完全的單位，甚至有點字版衛教單張。衛教師的座位狀況如圖3，其中充滿說明圖、衛教單、食物模型、遊戲、宣傳品等物件。這些物件在衛教時連同語言一起展示、說明以強化認知（見下一節）。

因此，並非單純學理、政策與制度實作便能順利醫療化。面對各種人際網絡口耳相傳、電臺親切動人的藥物推銷與各種平易近人的另類療法，抽象、生硬的臨床指引如何能中介抽象的CKD存在？衛教師承認病患社會主體性與既有生活化連結，透過這些生活化比喻、數字及物件所中介的CKD衛教，使原本缺乏意願、無法理解、不願溝通的社會／另類療法主體被連結而轉化，進入CKD的世界逐漸成為肯溝通、有意願、能理解的CKD主體。



圖3 Z院衛教師桌面

(三) 整合佈署

因此，儘管新引進的CKD疾病現實與其他另類醫療現實不相容，但衛教不直接否定，也避免劇烈衝突。在多重衛教實作連結承認既有社會與另類醫療現實，再藉機逐漸滲入護病關係、病患認知、生活與生涯，促成CKD主體性與現實（May 1992）。然而，要長期維持「無中生有」的疾病現實，有相當難度：因為病患無法理解、理解但無法落實、或者嘗試改變卻無法維持；而其他專科可能無法轉介，即使轉介，病患也不一定順利長期就診；甚至，衛教團隊如何在面對大量病患時，仍能對個人建立長期理解都是問題。

如此，由實作角度來說，衛教師要解決以下問題：如何建立跨科轉介？線性病程照護要如何實現？如何讓病患長期遵循？為此，衛教實作必須整合院所跨專業、自身團隊，以及病患生涯與日常生活等既有佈署，使CKD順暢地在各處穩定實現。這是關於如何整合院所、病患生

活、團隊協作實作部分實現的CKD現實，成為上述社交、意願、認知連結佈署的基礎。

1.專業整合

首先是跨專業合作，這是整合「各科間的CKD」的順暢位移。儘管病理上CKD與新陳代謝、心血管科等內的糖尿病、高血壓、高血脂病患密切相關，然而，在健保與院所環境下，因為洗腎預算問題，腎臟科承受其他醫療專業的壓力（林文源 2011），且各專科有各自繁重業務，要再要求理解CKD並轉介病患有相當困難。

除了A院是診所而院長為腎臟科而能迅速整合外，其他院所都有類似問題。例如Z與K院早期推動時，即使ZP1以腎臟科透析盈餘的經費聘僱教師同時免費服務各科病患，¹⁰但在其他科仍「都是以人情、看大家個性，比較重視的就會轉介。」而K院直到爭取到院方認同才建立合作基礎，K1說：

（其他科）主治醫師就是說……這個是你腎臟科的事情，所以他們不願意做，我是在幫你腎臟科收計畫，那後來就是說，我們……由（院方）業務室下去做，就是這是全院的執行計畫的部分，所以慢慢的很多的科都慢慢加進來。

但有意願或壓力卻不一定能落實合作。這牽涉到如何在院所既有例行實作中實現CKD的物質安排。首先是轉診問題。因為醫師看診量大，受訪者都提到如何讓其他科醫師與跟診護士有限看診時間內，同時轉介病患的問題。為此，各院逐漸發展看診系統自動提醒，以避免其中牽涉

¹⁰ 一般衛教需要另外收費。

的人力（重複確認）與權力（需要拜託）關係，K2說：

像今天收案所有的early-CKD（按，CKD1~3a期）的病人，可是像心臟科他又不知道，所以我當初就是有請業務室有設定了一個單子，只要這個……醫師他有收案，（電腦）它會跑出一張條子出來，……門診的護士……就叫病人過來……請我們收案……大家都用再多麻煩。

其次，要能使病患參與衛教更牽涉到空間問題，這是「在院所中位移的CKD」。因為近年醫院業務膨脹迅速，空間吃緊下，不但新出現的衛教單位很難找到合適空間，更難依照CKD這種新的跨科實作規劃門診，許多醫院與CKD相關的家醫科、糖尿病、新陳代謝科、心臟科都分散在不同樓層或院區，而有些衛教師提到早期在樓梯間、走廊衛教。S院2012年開始進行CKD時，S1便覺發現，腎臟科門診在一樓、衛教空間在五樓，病患找不到地方後乾脆放棄。因此必須請工友、送病歷人員協助引導病人。有些醫院則努力動員院內關係調整空間，例如，K1相當自豪她們衛教室重新規劃在腎臟科隔壁，是全國最短動線。

儘管空間問題乍看與醫療化無關，然而，若從院所體制與實作本體論觀點，尤其是維繫跨專科間的脆弱連結卻意義重大。想像數十萬需要進入衛教室中才有機會轉化為CKD主體的病患，但卻在院所中遊走而迷失、持續留在其他科而腎臟惡化！在此意義下，這些整合院方支持、人情、電腦、物質空間的佈署成為不可或缺，構成CKD現實流動於不同專科與腎臟科、診間與衛教室之間的穩固管道。

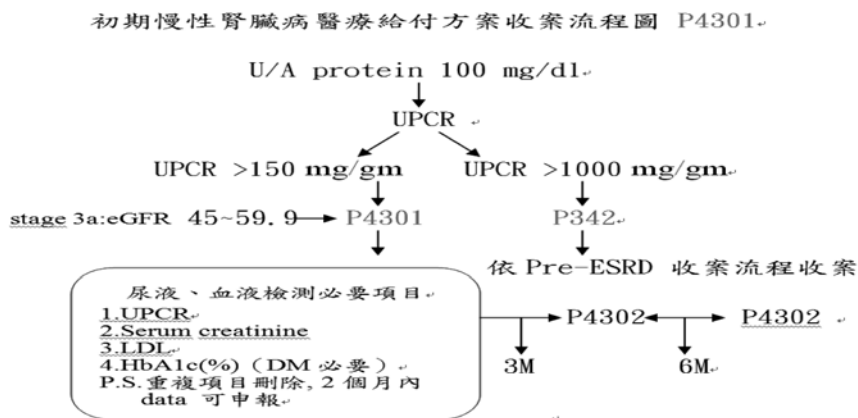
2. 團隊實作整合

即使病患現身衛教室，仍有許多制度、團隊與實作上的整合工作。制度層面牽涉到「衛教計畫中的CKD存在」。CKD是從計畫獎勵開始所推動的診斷，因此，除了挽救新國病的理念外，院所參與的動機，還有實質的申報回饋。若申報失敗，則等同該次衛教不存在。許多院所因為評估申報回饋不符成本，不參與計畫。

如此，計畫申報亦是CKD現實的重要一環。申報計畫必須在規定時程內上傳資料，這往往必須改變院所既有的抽血、報告申請與回診安排。以診所層級且院長十分積極的A院狀況來說，一開始衛教師們仍面臨許多因為檢驗報告延誤、病患約診未到、忘記抽血，因此未在規定時間內申報的問題。A院在流程上做過數次檢討，最後確立模式為：看診日一週前排抽血；抽血日前電話提醒病患，病患隔日抽血與相關檢查；一週後醫師看診、衛教師衛教及藥物指導，與營養師營養評估；看診後兩日內衛教師電話追蹤。¹¹且衛教師座位旁都貼了圖4的流程表，提醒不同階段開立的檢查與申報資料。

整合團隊實作維持護病關係也是關鍵。因為各院所有限的個位數衛教人力，卻要面對輒上千人的病患。對衛教師而言，上述的連結實作是

¹¹ 關於看診與衛教的先後也有一番調整。現有給付與醫療制度必然需要包含看診，雖然醫師的行事風格（重不重視衛教，有沒有叮嚀病患要遵循衛教）與名氣有些影響，但是有限的看診互動並非改變病患的關鍵。病患的生活詢問與知識教導等等，都仰賴衛教師。A院調整看診模式，希望能協調衛教師與醫師的資訊，例如之前先在病患候診時衛教再看診可以節省病患時間，病患會比較有耐心聽，但是醫師診察後可能需要進一步衛教，造成雙重衛教的負擔。後來調整為先看診再衛教，能夠更明確獲得醫師指示，但有些病患往往會希望早點結束，此時就需要靠衛教師多花力氣留住病患。



※ 1. 可收個案如當次無法收案請 Dr. 儘量約 2 個月內回診。

※ 2. 第一次申報(P4301)主診斷必須在第 1 個位。

圖4 A院檢驗提醒流程圖

爲了在病程、情感與知識上，依照病患狀況提供最適當建議，才能更有效地維繫「衛教團隊中的CKD」存在，這也是社會化CKD的基礎。那麼要如何在如此懸殊比例中，讓衛教師與任一病患維持深入認識呢？A2說：

我們會很想說，你希望常常遇到同樣一個病患，你跟他之間才會有很多的交集跟共同的語言，那個感情才搏的起來，如果每次都不一樣，那個真的搏不出什麼感情來。

但現實上卻無法如此。因此，衛教過程除了病歷與電腦記錄記載病程，還有許多技巧，例如用貼紙、備忘紙條附註在病歷上交代病患生活事宜（圖5中央小貼紙），讓下一位衛教師能迅速掌握細節。如此，藉由團隊整合，使病患或認爲「你這個小姐是值得信任的」，有助於加強

服從。A3舉例：

……今天早上我遇到一個衛教病人，他上次A1已經收案過了，
 （按，衛教記錄上）上次他是跟他哥哥姐姐，包括大大小小親戚五個人來。那我今天就看到他妹妹跟他來，我就說，啊上次不是你哥哥姐姐誰跟你一起來……。他說，啊你怎麼知道。我說我上次有注意到啊。啊，已經一個多月了，他說妳還記得喔，我說當然記得啊！你不是一天抽煙抽兩包……。連這個你都記得喔。我說對，你還喝高粱喝了一瓶，一天喝一瓶，我說。他就啊，啊你對我真是記錄的很詳細。我說對啊，都在我心裡面了啊。……讓他覺得是說，他是我的唯一……。

最後是更進一步維持「客製化衛教的CKD」。衛教不但牽涉到狀況了解、社交、意願與理解等，在此特別說明物件的使用如何參與構成掌握每位病患獨特性的安排。長期衛教追蹤後，每位病患都累積許多資訊，但衛教時間有限，而病患數量龐大。如何在數十分鐘的衛教過程中，既要量血壓（圖5中央）血糖（圖5左下工具）、詢問生活狀況，基本疑問與資訊解釋等必要過程間，又要迅速進入每一位病患既有背景與互動狀況（上述搏感情），成為衛教成敗的關鍵。除了仰賴衛教師本身的記憶力，每個院所都使用電腦與紙本病歷雙系統（圖5上方與下方）累積資訊。之所以如此做的原因是，一方面，電腦能儲存大量資訊，有助於尋找特定資料，但各院所系統有不同著重點，包括減少紙本記錄時間、避免衛教內容重複、跑成果統計、自動提醒該做檢驗避免申報不過。但衛教不適合長時間看電腦（無法搏感情、偵測細微反應），因此，在臨場衛教不適合使用電腦。另一方面，因為電腦可能在衛教時出



圖5 A3衛教中的桌面

狀況，但維持紙本除了符合法令需求、健保局檢查外，且方便衛教時快速翻閱、自由註記（甚至使用小貼紙，圖5中央）。這些安排的考量重點都是爲了在衛教當下能迅速、有效地維持專屬個別病患病程的客製化理解與協助。

如此，衛教實作牽涉整合各專科、計畫、團隊與衛教內容。這些看似瑣碎，與創造知識、政策與社會論述、組織的醫療化過程落差甚大，然而，CKD如何跨出腎臟科？如何獲得計畫資源，維持衛教團隊？如何在團隊合作中讓病患感受一致性與連續性？如何在有限衛教時間迅速掌握個別病患歷史與需求，順暢實現衛教？在實作本體論意義下，這些整合是不可或缺的。

3. 病程與生涯整合

上述臨床整合都是爲了實現連結，然而CKD必須跨出院所，進入病

患生活才真正有效。爲此，除了衛教連結病患個人，還必須改造病患生活與生涯歷程。因此，衛教過程也逐漸將病患與周遭家人逐漸納入而改變，甚至必須爲其長期規劃。在這些考量下，衛教實作都牽涉到介入病患生涯，M院院長與副院長積極推動，因此有更全面的社區扶持。Z院則以國際標準爲目標。¹²ZP1說：

（目前計畫）照護團隊是只有營養師、衛教師跟醫師三個最主要的角色，但是在這個裡面……認爲說（按，要加上）藥師、社工跟關懷，這樣子才能做一個全能的照護啦，所以……還要花很多的人力資源去給他們做個別評估耶，藥師、社工跟關懷，都要involve進來，……這是要院方非常支持啦。

在偏鄉、高齡病患較多的區域更是如此，要讓病患維持在CKD病程衛教中，除了臨床因素外，還要考量其既有生涯佈署，例如家庭關係、事業發展、經濟處境、社會資源等面向，才能穩定實現「長期生涯中的CKD」存在。例如，Z4提到如何協助一位病患時牽涉到親子關係：

阿姨……本身沒有先生……她兒子就是會帶她過來，可是不会進來衛教喔，……後來我跟阿姨說……順便把她兒子帶進來，可是她兒子的接受度就不好，他認爲說，我媽媽……爲什麼要做手筋，¹³她如果可以不用洗腎，……可以先不要洗腎

¹² 國際醫院認證機構（Joint Committee International）的國際臨床照護計畫認證（CCPC，Clinical Care Program Certification）。當時正準備申請，於2011年申請通過，2014年複評通過。

¹³ 洗腎瘻管的台語說法，在接近洗腎前預建，爲避免緊急插管。

啊，……先吃一些藥控制啊，而且啊，我們現在喔，有用一些草藥要給她吃。

後來我們……安排了一個座談會，……有特別請這個阿姨來，希望她帶她兒子過來，經由我們……社工師、心理方面……了解她的經濟來源、家裡人口狀況。因為有些困難也幫她找一下可以申請的補助和幫助，這些……社會福利的介紹。這個兒子是家裡面比較會照顧她的，所以我們很重視這個支持……我就跟他招待，也跟他多聊一聊、鼓勵他這樣對媽媽很好。（衛教時）他兒子就又說他要去外面，後來Z1也是請她兒子進來……，我才了解說，喔，原來……家人對她的支持系統不是很好，雖然有三個兒子，可是喔，都不太愛理這個患者，這個兒子是會載媽媽過來，可是不一定會care她……。

我們也很緊張，我想說，他怎麼會這樣子啊……要怎麼讓他關心，可是又不要再找草藥。……後來我們也是有跟他再談，……好幾次。

在此，從承認病患的社會主體性與生涯處境，甚至全面介入其安排，衛教更跨出臨床。這些實作考量顯示，唯有與病患既有生活狀況形成生活、社交、意願與認知上的連結，才能將CKD的相關實作整合於其身體—主體—社會現實中，建立CKD的病程、生活與世界。

4.臨床與日常整合

最後，CKD畢竟是生活型態疾病，無論情感、知識、院所面如何成

功，還是將繁複的臨床指引落實到日常生活實作，才能真正發揮效果。因此衛教過程，必須落實到病患生活飲食與其他層面，成為「日常可行的CKD」，才能實現。因此，以下過程經常出現在衛教實作中：

黃女士就坐後，A4寒暄，打開檔案與病歷，便開始幫她量血壓，並詢問她在家裡的狀況。黃提到家中沒有血壓計但會到附近診所量。

A4：很好，妳去診所量，每天去量，然後固定一個時間量，然後走到診所以後休息五分鐘，休息五分鐘再來量，或者休息十分鐘更好，休息十分鐘以後我們就去量血壓，量了以後就請小姐幫妳把數字寫下來好嗎？

黃：好好。

A4：那妳就帶這本去（提供血壓與血糖紀錄本）。

黃：拿這個本子去……她會幫我量嗎？

A4：就請她幫你寫一下……，血壓要控制得好，第一個是血糖，第二個是血壓，這二項要控制得好要怎麼做，藥要每天按時吃。

黃：有呀，高血壓我每天都有吃。

A4：血糖的藥也要吃。

黃：有呀。

……（聊到工作狀況）

A4：所以妳的血糖應該是很好控制，只要妳乖乖的吃藥，還有三餐回去就是按時吃，照時間吃，吃得飽，什麼叫吃得飽，就是一餐吃一碗飯。

黃：不可能啦，沒辦法。

A4：吃沒這麼多？

黃：沒有啦。

A4：妳如果沒這麼吃多，妳吃得飽嗎？

黃：不會飽，不過我就是沒有在吃點心，睡前也沒有在吃，都沒有在吃東西，都喝茶。

A4：沒吃飽怎麼辦？

黃：我都這樣忍過去。

A4：忍過去喔？

……（覆述確認、鼓勵）

黃：醫生有問我妳吃什麼，我也是沒吃什麼，就一點點飯，菜是有吃比較多。

A4：阿姨我跟你說，我的建議，我給你比較專業的建議，我會希望你三餐吃到飽，妳就不用忍。

黃：不過我就沒辦法吃那麼多，我不會吃那麼多。

A4：沒關係，妳說妳平常都吃多少飯？

黃：就我們這種碗（按，指著桌上食物模型），超過上面一點點而已，只有這樣而已，就一個飯匙挖一下而已。

A4：不過妳如果沒吃飽，過一段時間妳又會餓對不對？

黃：會餓，不過那時候快中午了。

A4：妳可以再多吃一點點，或者是說妳飯不能吃的話，妳就多吃青菜。

……（A4覆述確認、了解菜色種類）

黃：那天小姐（按，衛教師）叫我一天要吃二塊豆干，有時候一天就沒有吃二塊豆干。

A4：為什麼？

黃：沒買就沒有吃。肉說要4兩，有時候一天也沒吃到4兩的肉。

……（A4覆述確認採買狀況，並轉談家中狀況與經濟）

A4：妳還有想說要再去上班？

黃：有呀，不過身體沒辦法控制。

A4：身體沒辦法控制，所以妳就要把身體顧好，妳如果顧得不好，到時候又要麻煩家裡的人，又要多花錢，……營養師有跟妳說過，妳那個蛋白質一天就是吃多少嗎？

黃：她說蛋一顆。

A4：她說妳一天可以吃4份的蛋白質，一份是多少妳還記得嗎？

黃：不太記得了，她跟我說魚這樣（按，併攏食指與中指），豆干二塊。

A4：因為妳手指比較細可以三隻，所以這樣是一份（按，併攏黃的食指、中指與無名指），……只要妳吃魚、豆腐或者是蛋，這樣都算蛋白質，都算在這裡面，那一天就是可以吃四份這樣子，妳知道我的意思嗎？

黃：豆腐我現在也很少在買了，以前常常買，現在也很少在買了。

A4：妳可以多買豆腐沒關係，豆腐的蛋白質很好，是好的蛋白質。

黃：不過家裡不太喜歡吃，買一買整盤都我在吃的。

A4：妳現在還是要吃的夠營養，營養不夠也是不行的。

黃：難怪醫生說我缺營養。

A4：所以妳營養不夠也是不行，營養要好也才有抵抗力，妳如

果不好也沒有抵抗力，所以營養也要有夠。所以一天……應該是沒去吃其他的零食？

黃：有呀，就只有吃芭樂。

A4：一天會吃多少的芭樂？

黃：我不知道我一天吃多少，有時候吃二顆。

A4：二顆大顆的嗎？

黃：小小的（按，握拳）。

A4：這樣可能有點太多了。

黃：有時候比較大顆。

A4：一天能吃的份量這樣而已（拿出半顆的蘋果模型），因為水果裡面有糖份，所以一天吃能吃這樣而已。

黃：像那天我兒子拿那個小小顆的，我也是一天吃二顆。

A4：小小顆的是可以，大顆的就超重了。

黃：就是不會拿捏份量。

A4：所以妳要記得，就是這樣，一天……妳自己伸出來，二份就是這樣，一天能夠吃這樣……。

這種細緻的互動常見於新病患、理解能力較差，或是病況不佳者，如黃女士。在這個過程，Z4進行幾項策略：了解狀況（生活如何影響飲食）、教導實作（水果、魚的份量）、協助安排（量血壓），並提升意願（身體顧好不用多花錢）。但如我們看到的，黃女士屢屢提出生活中窒礙難行之處，而Z4則必須盡力協助排除。

除了飲食之外，因為CKD患者也多有血壓、血糖問題，因此如上顯示，也要求建立長期自我居家量測，紀錄記錄各種活動、飲食前後的血壓與血糖變化的習慣。甚至，許多院所更爲了更有效提醒病患，如Z、

M (APP版) 等院都開發電腦系統，讓病患可以在家登入，隨時了解自己的檢驗數值長期變化，這有相當實際效果。Z2說：

因為我們都一直叫病人說，你要關心自己的狀況，自己的DATA，病患如果有照著做，最關心有沒有進步……那如果可以在家裡讓他馬上可以看，……也有一個圖示分析，那就更有幫助。

如此，在多種模式的CKD整合實作中，CKD的連續性病程得以逐漸從抽象的知識與指引、轉為臨床現實並在病患生活中實現。過程中，除了CKD逐漸實現，病患的生活、飲食與口味也開始被改變，變成定量（三隻指頭）、定時（量血壓、血糖）、並長期關注身體變化。如此，在這些細微整合中，看似繁複、病患記不住的臨床指引，逐漸落實為日常可行的習慣，而病患的日常生活與社會主體性，則同時逐漸轉為CKD現實與主體。

六、結論

本文由在地實作過程分析CKD醫療化的臨床實作，提出比醫療化的社會建構、認識論解釋更為深入在地異質性的實作本體論分析。據此，延續對在地政策與專業發展的考察，本文指出在地衛教實作與醫療實作體制面貌，以擴充醫療化理論的在地有效性。

除了既有醫療化研究著重知識類屬擴張與引進、社會論述競逐與制度化之外，在既有探討醫學會、政策規劃者促成的CKD體制分析外，本文嘗試釐清：從衛教實作角度，要在本地實現CKD存在哪些問題？而

參與者運用哪些策略與技術佈署改變既有體制與實作？因為要真正實現CKD，臨床衛教行動者必須連結病患身為社會及另類療法主體的情感、意願與認知，以整合跨專科協作、院所空間、計畫申報、醫護關係、團隊合作、異質解說與示範，以及病患生活及活動細節，以維繫、促成具競爭性的CKD現實與主體。本文指出，衛教實作整合跨專科、團隊、病患生活與實作，將複雜的診斷轉變為易懂的說明與指示、多元飲食與生活習慣轉變為符合CKD的型態、專業與院所制度差異轉變為無縫接軌，使病患（與家人）成為能自我監控、願意坦承各種生活細節，以及另類療法轉變為受到適度控制的不當行為。

從實作本體論角度進行醫療化的反省，相較於政策、醫學會「自然化CKD」的體制樣貌，衛教實作連結促成雙重視野與雙重本體論：承認CKD普遍性的衛教師必須先「社會化CKD」：正視病患身處的多元社會與醫療現實與主體性，進而連結CKD與病患的社會存在，才能「自然化CKD」使病患成為社交、意願、認知與實作上符合CKD臨床指引要求的主體。在衛教臨床實作中，要如何實現普遍、客觀的CKD存在？不只是擴張知識、不只是拓展專業，也不只診斷病患、發現病情，還必須是一個正視病患身為社會主體，再進而混合轉變病患認知、意願與生活狀態，也必須重新協調跨專業與團隊實作，更須改變臨床空間、時間與物質安排的佈署聚合體。這是在認識論意義之外，實現新的病患主體與CKD現實的本體論化過程。本文指出為了實現CKD，本地臨床實作中的CKD不是單純套用學理而實現，而是歷經如圖2的體制連結與整合：除了使學理上的CKD多方連結成為包含在地社會生活、互動、認知主體性的混雜CKD，更必須整合「各科間的CKD」、「在院所中位移的CKD」、「衛教計畫中的CKD」、「衛教團隊中的CKD」、「客製化衛教的CKD」、「病患生涯中的CKD」與「日常可行的CKD」。如

此，看似普遍的疾病存在，在不同在地體制、行動者的實作會形成其獨特現實與問題。

最後，這種體制分析有助於凸顯在地醫療化的脈絡。看似同一的醫療化、體制化過程，因為專業參與面向的差異，腎臟醫學會、政策推動者，與臨床衛教師面臨不同的體制問題與實作策略（圖1與圖2）。這除了正視既有醫療化研究忽略的臨床過程與實作者、凸顯實作本體論中的多元力量折衝與競逐意涵，也彰顯在地社會的多元脈絡。這是本文期望發展的在地理論方案：從本體論層次提出實作本體論與體制觀點，嘗試對稱地看待各種行動者建立的認識叢集、實作體制與本體論化世界的異同。希望這種彰顯實作本體論層次的體制分析，除了提供在地不同分析角度與貢獻，藉此擴充醫療化理論的本體論視野外，也有助提供以脈絡化個案拓展社會學理論視野的方向。

作者簡介

林文源，國立清華大學通識教育中心教授。研究領域為醫療社會學、科技與社會研究，社會理論。本文源自近年研究主軸，試圖由行動本體論與體制分析角度，檢視在地醫療知識空間的競逐與其政治性，並借此反省STS與社會學知識構成與方法。相關思考請見：〈掙脫怪異知識空間：從醫療化理論到在地處境〉（2015，〈《社會的醫療化》導讀》）、〈看不見的行動能力：從行動者網絡到位移理論〉（2014，中央研究院社會學研究所）、〈對稱化醫療社會學：STS對醫療、疾病與健康研究的啟發〉（2014，〈《科技、醫療與社會》〉）、Modes of Syncretism: Notes on Non-coherence（2014，Common Knowledge），與〈醫療化理論的後進國批判〉（2012，〈《台灣社會學》〉）。其餘請見<http://wylin.gec.nthu.edu.tw/>。

參考書目

- 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，2014a，《全民健康保險醫療費用給付門診透析總額研商會議103年第1次會議資料》。臺北：中央健康保險署。
- ，2014b，《慢性腎臟病防治與照護品質5年提升計畫 102年檢討會議執行與成效》。臺北：中央健康保險署。
- 中華日報，2010，〈中藥補身……卻傷腎！〉。中華日報，6月15日。
- 民生報，2003a，〈馬兜鈴酸中藥致腎病變 中醫師也受害 國外多禁用，國內卻僅加註警語，醫界籲停用，衛署將蒐集國內外資料後再做決定。〉。民生報，第A7版，11月2日。
- ，2003b，〈腎病可能成爲新國病 末期腎病盛行率及洗腎發生率世界第二 尿毒病患泌尿道癌症罹患率爲常人的20到400倍 更是世界第一 醫界懷疑國人服用具腎毒性單方馬兜鈴酸類中草藥普遍恐是重要因素〉。民生報，第A7版，3月24日。
- 林文源，2007，〈論行動者網絡的行動本體論〉。《科技、醫療與社會》4: 65-108。
- ，2011，〈台灣透析醫療社會力的歷史轉變〉。《台灣社會研究季刊》81: 129-186。
- ，2012，〈醫療化理論的後進國批判〉。《台灣社會學》24: 1-53。
- ，2014a，《看不見的行動能力：從行動者網絡到位移理論》。臺北：中央研究院社會學研究所。

- , 2014b, 〈對稱化醫療社會學：STS對醫療、疾病與健康研究的啓發〉。《科技、醫療與社會》19: 11-72。
- 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。
- 邱淑緹, 2010, 〈序〉。頁序, 收錄於台灣腎臟醫學會編, 《慢性腎臟病防治手冊》。臺北：行政院國民健康局。
- 劉郁青, 2003, 〈含馬兜鈴酸中藥禁用, 副作用頻傳 醫師也受害 衛署斷然處置 引發反彈〉。民生報, 第23版, 12月31日。
- Broom, Alex, and Philip Tovey, 2007, “Therapeutic Pluralism? Evidence, Power and Legitimacy in UK Cancer Services.” *Sociology of Health & Illness* 29(4): 551-569.
- Conrad, Peter, 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider, 1980, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
- Deleuze, Gilles, 1992, “What is a Dispositif?” Pp.159-168 in *Michel Foucault, Philosophie*, edited by T. J. Armstrong. New York: Routledge.
- Ehrenreich, Barbara, and Deirdre English, 1973, *For Her Own Good: 150 Years of Experts' Advice to Women*. London: Pluto.
- Freidson, Elliot A., 1988/1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Herbig, Britta, André Büssing, and Thomas Ewert Dipl., 2001, “The Role of Tacit Knowledge in the Work Context of Nursing.” *Journal of Advanced*

Nursing 34(5): 687-695.

Illich, Ivan, 1975, *Medical Nemesis: The Exploration of Health*. New York: Pantheon Books.

Jensen, Casper Bruun, 2010, *Ontologies for Developing Things: Making Health Care Futures Through Technology*. Rotterdam: Sense Publishers.

Latour, Bruno, 1993, *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Harlow, England: Longman.

Levey, Andrew S., Juan P. Bosch, Julia Breyer Lewis, Tom Greene, Nancy Rogers, David Roth, 1999, "A More Accurate Method To Estimate Glomerular Filtration Rate from Serum Creatinine: A New Prediction Equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group." *Annals of Internal Medicine* 130(6): 461-70.

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.

May, Carl, 1992, "Nursing Work, Nurses' Knowledge, and the Subjectification of the Patient." *Sociology of Health & Illness* 14(4): 472-487.

Rouse, Joseph, 1996, *Engaging Science: How to Understand its Practices Philosophically*. Ithaca: Cornell University Press.

Tovey, Philip, and Jon Adams, 2002, "Towards a sociology of CAM and nursing." *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 8(1): 12-16.

——, 2003, "Nostalgic and nostophobic referencing and the authentication of nurses' use of complementary therapies." *Social Science & Medicine*

56(7): 1469-1480.

Turner, Stephen, 1994, *The Social Theory of Practice: Tradition, Tacit Knowledge, and Presuppositions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Wen, Chi Pang, Ting Yuan David Cheng, Min Kuang Tsai, Yen Chen Chang, Hui Ting Chan, Shan Pou Tsai, Po Huang Chiang, Chih Cheng Hsu, Pei Kun Sung, Yi Hua Hsu and Sung Feng Wen, 2008, "All-cause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462[punctuation space]293 adults in Taiwan." *The Lancet* 371(9631): 2173-2182.

Zola, Irving, 1972, "Medicine as an Institution of Social Control." *The Sociological Review* 20(4): 487-504.