

研究論文

# 台灣癌症患者的身體經驗： 病痛、死亡與醫療專業權力\*

蔡友月

\* 蔡友月 台灣大學社會學研究所博士候選人，現於哈佛醫學院社會醫學系訪問研究（2004-2005）（d88325001@ntu.edu.tw；2 Mission St. Boston, MA 02115, U.S.A.）。本文初稿曾在中央研究院民族學研究所、台灣史研究所籌備處主辦的「醫療與文化學術研討會」（2002年10月24至25日）發表，感謝評論人林宜平教授的指教。《臺灣社會學刊》兩位匿名審查人精闢的指正，編委會鉅細靡遺地閱讀文稿、提出修改建議，都使筆者獲益良多。感謝張荳雲老師慷慨提供研究資料，以及多年來教導，讓我學習到成熟的分析與批判。吳嘉苓、顏學誠老師修課時的建議、蕭阿勤老師對本文理論的啟發，以及編輯助理張逸萍小姐的協助，在此一併致謝。謝謝所有受訪者分享她/他們的生命經驗，我相信將這些受苦的身體經驗轉化成學術知識，是有意義的。謹以此文獻給2001年過世的父親蔡孫積先生，是他在我的成長過程中給我細緻的愛，讓我有勇氣面對這樣的議題。

收稿日期：2003/11/3，接受刊登：2004/10/13。



## 中文摘要

本文嘗試以「身體」做為一種理論角度出發，並以此做為連結微觀行動者與鉅觀社會的橋樑。作者藉由36位由初期到末期癌症病患的田野資料，所呈現的「新的身體管理技術」、「身體心像與自我認同的改變」、「病痛的身體與醫療專業權力」、「安寧病房內的身體政治學」，思索這些癌症病患如何面對病痛、死亡與醫療專業權力的相關議題。

透過癌症病患身體經驗的田野觀察，筆者指出，社會、文化的因素如何作用在這些不同性別、年齡、診斷的癌症患者身上，以及實證醫學面對現代人病痛的限制與盲點。本文希望透過受訪者病痛的經驗進一步反省醫療專業權力的不足與濫用，期待有助於台灣醫療專業有更多的反思。筆者認為，身處當代社會的行動者，唯有意識到病痛的身體為何會受這些外在力量所左右，理解到社會、文化加諸在身體的外在規約力量與現代醫療的限制，在面對不可治癒的疾病時，才有能力轉化身體限制，並重新賦予病痛意義，進而使我們對自身生命的存在有新的理解方式。

**關鍵詞：**身體、身體心像、病痛、醫療專業權力、安寧療護



**The Body Experience of Taiwanese Cancer Patients:  
Illness, Death, and the Power of the Medical Profession**

Yu-Yueh Tsai

Department of Sociology, National Taiwan University

**Abstract**

The author synthesizes the micro and macro levels of illness and analyzes how cancer patients experience illness under the influence of modern medicine. Using data from participant observations and/or interviews with 36 Taiwanese cancer patients, the paper focuses on how modern medical, cultural, and social factors shape experiences of diseased bodies. Also examined are the new “administrative technology of body” in contemporary society, changes in body images and self-identities, relationships between diseased bodies and the power of the medical profession, and “body politics” in hospice treatment. The results show that a) individual experiences of cancer differ, and b) modern medicine and cultural and social factors play important roles in shaping such experiences. The limitations of modern medicine in dealing with chronic and incurable diseases are also discussed. The final issue analyzed in this paper concerns the possibility of cancer patients achieving autonomy in dealing with their illnesses within the confines of modern medical practices. The author argues that patients can impart new meanings to their suffering and that alternative agencies can arise, but only when they recognize the limitations of modern medicine and understand how medical, cultural, and social factors regulate their bodies.

Key Words: body, body image, illness, medical professional power, hospice



「有時，我實在受不了，就會用頭去撞牆，撞到這個新的痛 cover 原有的痛，等於說用一種刺激法去中和一下。」（一位鼻咽癌受訪者）

「有次護士小姐就當著我媽媽面前說：怎麼看起來呆呆的。還有次醫師巡房，對著一群醫師說：這個病人做化療一點用都沒有。我們看著媽媽坐在床上，頭就越來越低，看了又心痛又難過。」（一位肺癌患者的家屬）

## 一、導言

1952年台灣十大死因前三名，分別為胃炎及十二指腸炎、肺炎、結核病，當時國家公共衛生政策的重點為結核病，惡性腫瘤（癌症）只排在第8位。然而，自1982年開始，連續20年癌症年年高居十大死因的榜首。在台灣每4個人就有一人得癌症，每5張死亡證明書中，就有一張是因癌症而死。<sup>1</sup>

罹患癌症的生病歷程，雖然每位患者狀況不一，但大多患者都會受到疼痛所苦惱。本文之所以選擇癌症病患的身體經驗為研究對象，是因為筆者認為病痛看似人類普同性的生理感受，但其中卻包含了社會、文化與醫療專業權力彼此的相互建構，左右了患者的身體經驗。應用晚近西方社會科學界興起的「身體」概念，有助於我們細緻地觀察身為癌症患者整體的受苦（suffering）經驗，進一步釐清社會、文化結構與台灣醫療體制加諸在癌症病患身體的影響力。

---

<sup>1</sup> 以2000年的統計資料為例，癌症在這一年奪去31,554條寶貴的生命，死亡百分比25.35%（行政院衛生署2000）。





在以往東西方的人文與社會科學研究中，「身體」一直是個不受重視的議題。黃金麟（2000：1-2）就指出，「身體」在漢學或中國研究領域中一直是低度顯影，甚至處在一種存而不論、視而不見的狀態。這種長期的輕忽最近已經隨著女性主義、性別研究、醫療史和儒道身體觀等的探討而有些微的改善，系統性的討論和規模性的反思仍處於萌芽階段。」近年來一些本土的研究，將「身體」做為一種理論關懷，應用到微觀的行動者，例如：洗腎病患（林文源 1998）、精神病人（林淑蓉 2002）、精神失常患者的家庭（王紫君、余安邦 1999）、生產經驗（吳嘉苓 2001）、婦產科求診婦女（成令方 2002）、身體對冷熱食物的知覺（余舜德 2000）、內丹身體的知覺（顏學誠 2002）等，逐漸累積出對於不同患者身體經驗新的理解方式。

西方80年代以後，隨著女性主義、消費社會風潮，累積了不少有關「身體」的研究與議題。關於身體的跨學科研究也因此有了長足的發展，特別是在人類學領域（例如：Douglas 1973、Csordas 1990、Kleinman 1988、Good 1994、Lambek 1998、Johnson 1999等）與社會學領域（例如：Goffman 1961, 1963、Turner 1984, 1992、Shilling 1993、Freund 1982、Frank 1991、Armstrong 1983, 2002、Foucault 1978等）獲得一定的重視。這種情形代表了對Descartes身/心二分哲學的一種反思，也挑戰了生物醫學模型對身體本質主義（biological essentialism）放諸四海皆準的標準。

譬如：社會學家Bryan S. Turner（1984: 32）強調「身體」這個概念，可做為社會學研究的重要面向。他指出，身體社會學將繼續有助於醫療社會學（medical sociology）和健康與病痛社會學（sociology of health and illness）的發展。而身體社會學的特點有三：（1）它必須具有能動性（agency）的概念，反對任何簡單的化約主義。這樣說並非要



否認病態（mobidity）受到階級、種族、性別等因素所決定的說法，而是要拋棄將身體化（embodiment）過度社會化的觀念；（2）身體理論必須直接面對自然與文化的二分，雖然身體是自然的一部份，但僅從生物學解釋人的行為是極為不當的；（3）一個適當的身體社會學必須是社會的，而不能是個體的。我們必須認識到個人的身體化受到社會訓練、語言和社會情境的高度中介（同上引：230-231）。

本文企圖以「身體」做為一種理論分析的角度，以36位罹患癌症個案的生病經驗為主軸，探討社會、文化的作用力，以及醫療專業權力這兩部份與癌病身體之間的互動。究竟，當代社會、文化的力量如何形構不同診斷、不同性別的癌症個案的身體心像（body image）與病痛經驗？患者又會發展出什麼樣身體管理的策略？現有的醫療領域是否能妥善處理個案病痛的問題？從個案主觀的身體經驗出發，醫療的限制與功用何在？宣稱重視病人權益的安寧病房，是否能轉換癌末患者受苦的經驗，達到它所宣稱無痛、安詳死亡的醫療目標？筆者嘗試以36位癌症病患面對病痛、死亡的身體經驗來回答這些問題。

## 二、資料來源

本文田野資料涵蓋癌初至癌末的個案。第一部份症狀穩定癌病患者的資料，是來自1998年中央研究院社會學研究所張苙雲教授所主持的「病人、醫師、醫院一生病經驗探索」的資料檔。該計畫針對全省北中南及東部，12所區域教學醫院發出488份有效問卷，並輔以26位癌病患者的生病經驗進行1至2次以上的訪談。本篇報告是筆者當時以研究助理身份，參與深度訪談的田野資料為主。

另一部份有關癌末病人垂死歷程的資料，主要來自於筆者的碩士論



文。<sup>2</sup>由於筆者剛開始從事「死亡」議題研究時，因對自身以研究者身份接近癌末患者覺得在倫理上有所不忍，此外也爲了顧及瀕死病患的身體狀況，選擇適當的時機與個案討論死亡的議題，種種因素都造成筆者資料收集上的困難。於是在醫護人員知情的情況下，筆者是以護士身份進入台灣北部某家安寧病房進行民族誌的參與觀察。文中主要分析的對象禎芬（患者編號No.6），筆者是她的主責護士，她也清楚知道我做爲研究者的角色。此外，筆者也深入訪談當初將安寧療護論述引進台灣的醫師，以及從事婦癌門診的醫師，進行了爲時一年的田野工作。基於研究倫理及維護受訪者的隱私權，受訪病患與家屬均爲化名。爲幫助我們意識到台灣醫療體制在對待癌病患者的缺失與不足，文中受訪者所提及的醫院則以全名呈現。

### 三、文獻探討：不同學派對「身體」的認識論

#### （一）實證取徑：放諸四海皆準生物性的身體

17世紀法國哲學家Descartes一句「我思，故我在」鏗然有力，揭開了西方啓蒙時代以來主客二元對立的思想，理性／自然、心靈／身體等分類範疇，理性、心靈在這樣的歷史場景逐漸被賦予一定的優位性，也使Descartes的思想深遠地影響了實證傳統下的醫學。社會學者Turner（1992: 182-183）就批評在17世紀末、18世紀初，奠基在Descartes身／心二分的醫學理性主義，以理性心靈與機械身體的區別來形塑人的概念。Drew Leder也指出Descartes思想對醫學界的影響，在實證醫學的脈絡下，醫師透過解剖學的知識來了解人的生理機能，病人的身體被當作

---

<sup>2</sup> 蔡友月（1996）。





可被層層剖開的組織，病人的感覺、人格特質並不受重視（Leder 1992: 17-24）。

Bryon J. Good 曾在四年內深入訪問並觀察了 50 個哈佛醫學院畢業的學生。他指出在一種特殊的文化氛圍中，醫學教育形塑了醫師看待人體與疾病的獨特方式。醫學院的學生進入醫學領域之後，必須學習一種特殊看、寫、說的形式。在解剖室中，醫師必須打開身體去探索，學習不同於日常生活注視身體的方式，這種解剖學的思考，使身體被當成一種醫療的身體，而不同於日常生活的身體（Good 1994: 65-80）。

面對立基於 Descartes 身 / 心二分的現代生物醫學的論述，病人的身體被化約為疾病所在的器官，身體只是解剖生理學關注的對象。特別是隨著 20 世紀初調查技術（technology of survey）的興起，身體被安置在統計的平均值中加以監督，醫學與生物統計模型的發達，更細緻地監控每個身體距離平均值的差異，成為界定「正常」與「不正常」的利器（Armstrong 1983, 2002; Foucault 1978）。無論是把身體視為疾病所在的器官，還是以生物統計平均值的概念，界定何謂正常的身體，實證醫學容易遭人批評之處，在於它重視一個放諸四海皆準的身體經驗。因此在醫護人員的養成過程中，「痛」（pain）被當成生物學上的概念，忽略了社會與文化結構的影響，以及病患「受苦」與生病的感受（Garro 1992; Jackson 1992）。

## （二）詮釋取徑：以身體化角度賦予身體能動性

相較於實證醫學因預設身體放諸四海皆準生物性的標準，所產生的問題，詮釋取徑則把研究焦點放在患者的生病敘事，以及彼此不同的身體經驗，賦予身體化、情緒與人類身體能動性一個重要地位。Kleinman（1980, 1988）、Merleau-Ponty（1964, 1976）及 Goffman（1961, 1963）





等，都是這個取徑代表的學者。

Kleinman發展了「意義中心模式」，呼籲醫學教育必須重視體現在患者身體的病痛經驗，必須讓患者自身的經驗故事在教育的過程更受重視。Goffman則是透過微觀的情境分析，讓我們看到一些缺損的身體，如癌症病人的結腸造口、癱瘓、智障、殘障等，這些不名譽的疾病，如何造成當事人身體心像與自我認同的改變，以及他／她們在日常生活中操縱身體的策略。

從敘事、詮釋的取徑出發的身體觀，大多帶有個人主義的特性。此一取徑容易遭人批評之處，在於不重視社會結構對身體經驗的影響，以唯心主義的方式理解生病的再現，容易陷入過度浪漫主義的主觀詮釋，而從形塑疾病意義的社會歷史力量當中抽離出來（Good 1994; Seale 1998; Turner 1984: 246）。

### （三）後現代／後結構建構取徑：身體是社會、文化建構的產物

相較於詮釋學派重視微觀行動者的身體感受，後現代／後結構的取徑，則是從認識論的角度分析人類的身體形象、身體經驗如何受鉅觀的社會結構所形塑。包括：Foucault（1973, 1978）及Armstrong（1983, 2002）都是這一思路重要的研究者。這種帶有強烈建構論的取徑把身體看成一個具有爭議性的文本，身體的功能、欲望都是受歷史、文化所形構，背後其實都關連到不平等、支配與社會控制的關係。

後現代／後結構這種帶有強烈建構論色彩的取徑，以認識論方式幫助我們了解社會、文化的力量如何形塑了我們的身體經驗。但它避免本體論的問題，解構了一切身體的真實性與本質性，質疑啟蒙以來「進步」的虛妄性，並嘲諷了人文主義（humanism）。批判者如：Turner（1984）、Seale（1998）認為，我們必須區分對知識的批判與對本體論的



批判，這兩個不太一樣的層次。例如：我們可以對身體的知識抱持著一種非常懷疑的觀點，但是仍必須堅持對身體本體論的看法。

詮釋與建構論的取徑雖各自開展出不同的觀點，但它們都共同把矛頭指向自 Descartes 以來，現代生物醫學論述的身 / 心二分，間接的對實證醫學忽視的身體經驗進行挑戰。如何吸取這些理論觀點的視野，進行經驗研究？社會學家 Turner (1992: 57) 強調，研究上我們可以透過一種方法論的實用主義 (methodological pragmatism)，即認識論的立場、理論的取向或方法論的技巧，都應該由問題的本質來決定。本文企圖採用 Turner 這種「方法論的實用主義」結合不同的取徑，進行經驗現象的分析。究竟，選擇這種立場，對研究的進行有何必要性？

筆者認為 Turner 方法論的實用主義揭示了一種不同理論典範並存與多元方法並用的論點，Turner 認為不同的題目，可以採用不同理論角度進行分析，甚至並用。因為，癌症病患病痛的身體，正是一個涵蓋生理、心理、社會文化不同層次的受苦過程。採用這樣的立場將有助於我們意識到，以任何一個單一的典範做為唯一知識的判斷是不當的。Turner (1992: 30) 以老化的研究為例，他認為年齡是由社會建構的概念，並不是要我們否認老化的生理過程，如：白髮出現、皮膚組織老化等。強調老化具有基礎主義 (foundationalism) 的面向，並不會阻止我們相信，老化的現象學會受到社會階級的位置、文化資本、性別、族群的影響。過去社會學對身體的理論討論，過度強調在不同理論架構下彼此的不可共量性。採取「方法論的實用主義」可使我們在經驗分析上，吸取不同理論取徑的養分，而不再以某個理論典範作為觀照身體的唯一詮釋架構。



#### 四、癌病身體與病痛經驗

根據和信癌症治療中心與安寧照顧基金會的資料指出，大多數癌病患者不可避免的會受到病痛所苦惱。早期的癌症病人約有0%—50%有疼痛問題，中期患者則有30%—40%有疼痛經驗，末期時有55%—90%的病人面臨疼痛，而病人中約有50%的疼痛程度是中度和重度，30%的疼痛情形嚴重到無法忍受的地步，目前病人普遍在疼痛方面未獲得很好的舒緩（林佳靜 1996：21）。

「痛」只是實證醫學下所界定癌症病人普遍的生理經驗嗎？擺回患者的生病脈絡中，病痛經驗具有什麼樣的特殊意義？Kleinman《談病痛》（*The Illness Narratives*）一書，區分了疾病（disease）與病痛（illness）兩個不同的概念，藉此批判實證醫學過度重視生物面向的盲點。「病痛」指的是病人和家屬或更廣大的社會網絡對身體症狀如何理會、共存與反應，雖然每個人的病痛經驗不同，但它勢必會受到文化的影響。因此，Kleinman特別關懷長期病痛。他認為生物醫學必須開始重視以病人為中心的意義詮釋，才能挑起認真改革的興趣（Kleinman 1980, 1988）。

Gillian Bendelow 與 Simon J. Williams 指出當代醫療處理疼痛的方式根植於 Descartes 身體 / 心靈二分，某些醫療的運作，只關注於生物性的治療。而一個完整的疼痛治療模式，應該包括心理及社會層面（Seale 1998: 42）。這樣身 / 心二分的情形反映在癌症病患痛痛的經驗尤為明顯，癌病在治療的過程中，除了化療、電療的副作用外，常伴隨著嘔吐、食慾喪失、吞嚥困難、便秘等種種的不適，患者更不可避免地承受了身體、心理、社會的壓力。但在我們既有的醫療體制中，患者很少能得到妥善的照護。Ivan Illich 就批判西歐歷史發展的過程中，逐漸把痛





由受苦經驗中分離出來，醫療在這個過程扮演了重要的角色。人們的受苦經驗被窄化為生物性的處置，利用藥物、科技來緩解病患的疼痛，受苦背後的文化脈絡與環境因素並不是醫療關切的重點（Seale 1998: 42）。

1967年 Cicely Saunders 在倫敦創立第一家針對癌末病患的安寧療護院所—Christopher's Hospice。安寧照顧主要是針對現代醫療體制在「救生」的迷思下，對以例行性的氣管插管、體外按摩、電擊等儀式對待癌末病人，所產生的一種反省。醫療目標以減輕病人的痛苦為首，而不是治癒疾病或延長生命。這套論述引起各國相繼模仿，如：美國、法國、加拿大、澳洲、瑞士、荷蘭、日本、中國大陸、新加坡、香港及以色列都陸續成立安寧照顧的組織（Paradis 1985）。Saunders（1980）提出整體痛（total pain）的概念，挑戰了Descartes身/心二分的現代生物醫學論述，她認為癌症病人的痛苦，是涵蓋了生理（肉體的不適）、心理（面臨垂死與失落的壓力）、社會（病患與家庭關係的壓力）、心靈（生命沒有意義）的痛苦，並認為這個概念代表了一個病人做為人整體的觀點（a holistic vision of patienthood）。

面對癌症這個世紀殺手，既有的研究多以生物醫學取徑為大宗<sup>3</sup>，集中於癌症治療技術的精進，或輔以問卷針對病患的生理舒適、心理照顧、安寧療護進行探討，例如：黃和美（1984）、張淑美（1989）、吳庶深（1988）、蔡秀錦（1991）、黃鳳英（1994）等。這些量化的統計問卷，往往複製了實證醫學的架構，所看到的只是一些類型、模式，較少深入剖析病患具體存活的受苦經驗，也無法對醫療權力如何運作於病患身體有進一步的反省。

---

<sup>3</sup> 見《防癌雜誌》、《中華民國癌症醫學會雜誌》、《癌症關懷》等相關期刊。



基於上述研究的不足，本文採用 Turner 「方法論的實用主義」，企圖以詮釋與建構取徑所開展的理論視野，做為分析的指引。筆者首先以詮釋取徑的角度，從病人意義中心模式理解 36 位台灣癌病個案，面對病痛、死亡的求醫歷程與身體經驗。接著以建構論的角度分析社會、文化與醫療結構的作用力如何影響這些台灣癌病的身體經驗。筆者強調癌症病人病痛的身體經驗，正是一個交織在社會、文化、醫療專業所作用的整體受苦經驗。在筆者的經驗研究中，雖強調癌病歷程是某種社會建構的觀點，但並不因此否認癌病的生物學過程。化療、電療造成身體孱弱、癌細胞侵蝕的疼痛、以及癌細胞蔓延造成肉體的消亡等，都明顯的具有生物學上的意義。但筆者認為我們必須先分析指出是那些結構力量形塑了行動者身體經驗，釐清這些加諸在行動者身體經驗的限制，才有可能重新轉化受苦的意義並賦予主體新的能動性。

## 五、研究分析及結果

筆者立基於紮根式的田野，以由下往上方式，分成兩個面向四個部份分析個案的求醫歷程。全文以因癌病受苦的身體經驗作為貫穿經驗部份分析的主軸，而透過 36 位癌病個案的生命史，以及不同醫療情境的田野觀察，討論社會、文化的作用力及醫療專業權力這兩個重要的面向，如何形構個案的身體經驗。第一個面向上，筆者將試圖理解個案如何建構以疾病為中心的意義結構，並用以分析社會、文化的作用力與癌症身體經驗之間關連，此面向涵蓋了第一和第二部份的討論：一、「自我歸因與新的身體管理技術」分析當代社會文化中大眾媒體的論述以及個人主義的價值觀，如何形塑患者對癌病的自我歸因與自我管理身體的邏輯；二、「身體心像與自我認同的改變」分析社會文化的隱喻系統如何



作用在不同診斷、不同性別的癌病患者身上，因而形塑他／她們不同的病痛體驗，以及造成他／她們身體心像與自我認同的改變。在第二個面向上，筆者透過民族誌的參與觀察方式，分析台灣醫療體制在面對癌病病痛的缺失與盲點，此面向涵蓋了第三和第四部分的討論；三、「病痛的身體與醫療專業權力」分析在台灣既有醫療體系下，「痛」如何被當成生物學上的概念，透過儀器客觀的檢驗，儀式化的處理並無法有效緩解病患「受苦」的身體經驗；四、「安寧病房內的身體政治學」則是以癌末病人面對死亡的過程，反省安寧療護所強調無痛與安詳尊嚴的死亡，對照出安寧療護這套醫學論述背後知識與權力的盲點。

本文期望透過這四個現象的分析，呈現受苦作為一種社會經驗的整體歷程，釐清癌病個案糾結於台灣社會文化脈絡與現有的醫療體系對身體的病痛經驗的影響。但筆者必須先提醒讀者，這並不是一個全稱式的發現，對社會學研究而言，實體（reality）是一個高度複雜異質的現象。由於觀察時間的隨機和資料的過錄，我們不可能有能力對事件本身做完全無誤的描述和全稱式的發現。透過長期的田野觀察，分析出這四個經驗現象，所彰顯的只是癌症病人病痛的身體，處在台灣社會文化脈絡與現存的醫療結構中普遍遭遇困境的一個側影。

### （一）成為癌症病患：自我歸因與新的身體管理技術

Goffman (1963: 135) 曾區分三種污名 (stigma)：身體的缺損、個人人格特質的污點與來自種族、宗教、國家的污名。他認為，現代社會所指的污名已更偏向羞恥而非實際的肉體標記。Kleinman (1988: 159) 則強調，這個意義的改變在西方是一種心理化經驗的過程，苦惱的隱喻和其他人類問題一度是肉體的，經由這過程就變成精神上的了。Goffman (1963: 32-40) 並指出：「這些有特定污名的人，往往在他們





的困境中有相似的學習經驗，在自我概念上有相似的改變，一種經歷相似的道德生涯。」這種道德生涯的適應過程，往往會回過頭來影響著被貼上污名標籤者的自我認同。

究竟，當事人如何看待自己罹患癌症的身體？在現代社會中，癌症是一個需要被隱藏的「污名」嗎？首先，我們將從癌症患者身體心像與自我認同的改變，來看一旦被宣判為癌症病患，他／她們如何詮釋疾病？又會經歷那些不同的身體經驗？

### 1. 自我歸因的詮釋方式

關於癌症致病因 (etiology) 至今仍無法追溯到特定的原因。David B. Morris (1998: 224) 指出西方工業國家罹患癌症的比率高達三分之一，癌的種類多達一百多種，有二分之一的癌症得病原因未知，只有非常少的致病因會與細菌、病毒、基因有關。在我們的訪談資料，許多患者對自我病因的解釋，都非常強調癌症與心理壓力、人格特質的關連。<sup>4</sup>例如：陳先生 (No.16)，47歲已婚，為電腦工程師，他認為是自己輕忽了工作壓力讓身體生病：

「當一個人很勞累時，或壓力很大時，人非常虛弱時這種病就很容易出來。我是在1994年檢查出來的，大概1993年初時我們銀行給我的工作壓力很大，當時我雖覺得有不舒服可是工作不允許我生病。」

---

<sup>4</sup> 在台灣對於罹患癌症一事，有些醫師協商的對象是以家屬為主，病患通常處於被隱瞞的情況 (蔡友月1998)。但由於筆者田野訪談的是清楚病情並願意受訪者，因此，對於病因形成他們自己會有一套歸因方式。



43歲罹患乳癌的林媽媽（No.13），也說到人格致病的原因：

「我自己太好強了，心裡堆了許多不高興的事情才會讓這個癌症因子爆發出來。」

現年37歲未婚，罹患乳癌（No.22）的曉芬，強調自己致癌和工作壓力的關連：

「因為公司不斷地擴充，我又把生活的重心放在工作上，後來公司要派人到大陸，我心想到那可以雙薪又可以好好衝刺一番，就在這時我生病了。」

對於後來乳癌的復發，她認為也與感情創傷的壓力有關：

「以前我在中山做切片的醫師曾追求過我，他來找我說得非常誠懇，我想我都已經得了癌症他還願意照顧我應是真心的。後來發現他原來是騙我的，他滿花心的，這期間我所受的打擊很大，情緒相當不穩。我轉移時有找過他，他都一直避著我，可能這也是造成我病情無法控制的原因吧。」

在《疾病的隱喻》（*Illness as Metaphor*）一書，Susan Sontag透過「隱喻」一詞，指出疾病往往離不開社會、文化下建構的意義。癌症通常以體內腫瘤的邪惡意象出現，很容易被視為個人因素，如精神壓抑焦慮或生活飲食習慣不佳而致病。在美國許多不斷增加文學作品與研究支持癌症情緒肇因理論，每個禮拜都有新文章發表，向大眾宣布癌與痛苦



情緒間的科學聯繫 (Sontag 1978: 49)。癌被想像成現代人心理壓抑的報應，Sontag 也進一步將它與資本主義的思潮結合起來，認為在對「病」做心理上的說明時，事實上也對人無法控制的經驗和事件提供了控制，而這種病的心理學理論是把責任推給病患的有利手段 (Sontag 1978: 57-62)。

在我們的訪談中，大多數處在穩定期的受訪者對誘發癌症的病因解釋與 Sontag 文化分析不謀而合。罹患癌症代表著自身對身體不負責任的一種懲罰。癌細胞侵入身體，是生活習慣不良、工作壓力過大、人格好強、情緒內斂、自我壓抑的產物。個人歸因式的詮釋，充分的展現資本主義個人主義的價值觀。疾病的心理學解釋，把生病和復原的責任推派給倒楣的病人，使得個人必須完全擔負起自身健康的責任。43歲罹患乳癌的晴麗 (No.17)，就這麼說到自身的責任：

「是自己沒有好好照顧自己或者是自己情緒的積壓，如果要說是報應的話，應是自己對身體的一種輕忽和情緒上沒有把自己 take care 好。」

罹患鼻咽癌46歲的王女士 (No.19) 也說到：

「家庭因素造成我心理的壓力，我想這會是一個原因。另外一個原因就是我没有照顧好自己，因為我没有到比較有規模的醫院去檢查，所以這責任是自己要負的。」

2002年《康健》雜誌特別策劃了一個抗癌10年以上的專題，強調癌症不是絕症。與癌病共舞的秘訣，在於積極樂觀、與醫師配合、定期





追蹤複診、不吃偏方、日常生活裡戒煙酒、不熬夜、均衡飲食、運動。文中並引用中華民國癌症希望協會秘書長蘇連瓊的話：「病人必須為自己的身體負起責任，參與治療計畫並作功課，就像一部電腦放在你的面前，你不去學，不去動手做，這部電腦對你的幫助就有限，何況是對最親密的身體」（張曉卉 2002：22-50）。這種對身體健康監控的能力，也同時反映在大眾防癌宣導的科學論述，例如：《癌症關懷月刊》就清楚地強調民眾自己檢查的責任：「單靠常規的醫療檢查，要想偵測出所有的早期癌病仍不足。一般民眾在這方面必須要為自己的健康，也負起了「把關」的責任。」（陳敏峻 1997：6）

Good（1994: 38-40）對這種1950年代在美國逐漸興起的健康信念模式（Health Belief Model, HBM）提出質疑。這種模式把行動者假設為理性的經濟人，認為每個人都可以理性的追求健康的目標。把實證醫療的語言假設為規範的（normative），將責任推給個別行動者，而忽略了「文化」對人類生病經驗中所扮演的角色。在現代化個人主義的今天，醫療論述不斷的散播民眾對診斷癌症的自我責任，大眾媒體更強化了癌症與個人人格之間的關連。癌症化身為情緒壓抑、生活習慣不良、自我健康不負責任的結果。值得注意的是，為何癌症成為工業國家最普遍的致命殺手？一旦納入HBM這種自我歸因與自我管理身體的邏輯，這些疾病的社會源並不在醫療論述的考察範圍內。當病患成為自身疾病的負責人時，這種個人主義的意識型態，也使我們忽略了人類受苦的社會、文化病源。也看不到環境污染中致癌物質所隱含的政治經濟面向，以及工業社會生活形態對節節升高的癌病比率的影響。而且，不能忽視的，現代社會許多壓力的根源，正是現代資本社會高度競爭下的結果。



## 2. 新身體管理技術的誕生

在台灣一旦被宣告為癌症病患，患者的身體便成為不同論述相互穿透的場域。台灣目前至少有三種以上的醫療體系：西方醫療體系、傳統中醫醫療體系及民俗醫療體系（張珣 1983）。吳就君（1981：44-45）針對台灣居民社會醫療行為的研究，指出不論是鄉鎮或都市的家庭，對於西醫療法、中醫療法及民俗療法三種醫療方式，實際上僅採用一種方法的家庭很少，三種方法均採用有60%以上。這種多元體系的求醫行為，也普遍的出現在我們的田野觀察中。當個案面對醫學無法控制的不適或對醫療決策結果無法預測時，他／她們也許會求助另兩種醫療體系，出現算命、抽籤、問神這一類的行為，或改用草藥、偏方等傳統的民俗療法。根據我們的訪談資料，26位處於穩定期的個案，有16位（61.5%）曾嘗試中醫療法的經驗；而有14位（53.8%）在家人與親友的介紹，有服用偏方的經驗，包括：靈芝、鯊魚軟骨粉、蓮見疫苗、百合花、蜂膠、雲南白藥、石上柏、荷花的根燉豬胸、百花舌草加半枝蓮等；有2位（7%）患者罹患癌病後就採用生機飲食；此外，也有人以氣功、打坐、冥想的方式增加自己抗癌的本錢。不過，這26位穩定期受訪者表示，治療方向還是以西醫為主，嘗試不同的療法主要是為了增加抵抗力、保養或改變體質。

在談癌色變的年代，科學論述中不斷強調「癌症不是絕症」；「早期治療治癒率高」的說法，仍是患者初期穩定信心的來源。當患者意識到必須自己為身體生病一事負責時，一種不同以往的身體管理技術，便開始落實在患者的日常生活。做為一個癌症病患首要的條件，便是好好的照顧自己的身體。除了接受西醫對肉體的定期檢查與治療外，許多患者強調一種「身、心」結合的不同於過去的身體觀。王先生（No.26）得了直腸癌後，就學習以放鬆自己的方式照顧身體：



王先生：我現在24小時就按照正常的作息來運作，比較有規律了。我也會把門一關，任何人不能打擾，然後在裏面放鬆。就是吸氣、呼氣，然後把全身的肌肉放鬆。

問：是誰教你的？

王先生：就是身心科的醫生，他們會教我放鬆直到全身的血液都通了，大概需要一小時左右，這非常地有效喔！

罹患乳癌努力學氣功的晴麗（No.17）也表示：

這個病是身心病，如果要讓它好就要從身心解放起。醫生也許可以醫妳生理的病，但不見得心理的部份他也可以醫，可是我們的生理是受心理所影響的。

新的身體管理技術隱含了自我必須對健康負責的想法，進而對身體進行嚴格的控管。有的個案在罹患癌症後，就進行生機飲食或改吃全素。在田野中，我們也見到Turner描述社會文化規範結合醫療的論述，這一種「醫學化的道德」（medical morality）的具體表現。病人對身體自我的規訓、自制力、責任感，往往來自社會道德壓力促使病患必須如此，因為「大家都要為自己的健康負責，更何況是這些已經不健康的人」（Turner 1984: 211-212）。為了對抗病痛的威脅，而出現不同於以往的新身體管理技術，意味著個人必須為自己身體健康把關。飲食的改變、規律的運動、宗教生活的實踐、不同於過去的另一種身心合一的身體觀，身體不再是一個機械化的器官，因為不當的生活習慣，是個人病痛的根源。患者除了重新感受各種論述加諸身體的體驗，恢復身體健康也成為





個人自我負責的重要指標。

## (二) 身體心像與自我認同的改變

消費社會的來臨，隨著各種整型手術、流行的服飾、媒體上的減肥廣告，身體逐漸成為現代人自我認同的重要表徵。Turner (1984: 6) 主張我們生活於一個「體質的社會」(the somatic society)，消費社會的自我觀念可以藉由「身體心像」來診視，身體開始在公共領域以及自我評估中扮演重要角色。身體成為現代人社會關係的基本載體，它承載了社會、文化的意義，也作為我們與外界溝通的媒介。

Sontag (1978: 16-17) 透過癌與結核病的對比，說明背後的社會文化隱喻系統。癌不像結核病在文學、小說中被美化成為某種精神昇華的象徵。此外，癌常攻擊令人羞於承認的身體部位（結腸、膀胱、直腸、子宮頸、前列腺、睪丸）而聲名狼籍。長瘤常引起一些羞恥感，隨著身體的器官位階的不同，羞恥感的強烈程度也不同，例如：肺癌往往比直腸癌較不讓人感到羞愧。究竟癌侵犯不同器官會引發患者的身體心像與自我認同什麼不同的變化？接下來，筆者將以「讓人羞恥的身體」、「生殖／生產的身體」以及「勞動的身體」，來診視不同的性別、不同診斷的癌，又會帶來什麼不同的病痛體驗。

### 1. 羞恥的身體

在田野訪談過程中，女性患者（不論社經地位、或不同階級的女性）會特別在意利用印象裝飾的技巧，讓人看不出她是個癌症病患。相較於男性，女性會特別在意自己的外貌，這點也反映在接下來對「生殖／生產」身體的說明。

在訪談的過程不管男女似乎都很喜歡聽到，「你／妳不像一位癌症



患者」這樣的讚美。處於穩定期的病患，多數受訪者表示：「不會在一般人際互動場合，提及自己是癌症病患。」他／她們並不希望在人際網絡裡被貼上「癌症病人」的標籤，以及它所帶來的社會意義。

Goffman (1963: 40-50) 認為如果污名具有可見度 (visibility)，即患者的污名容易被看見，或污名具有突出冒犯 (obtrusiveness) 的感覺，被污名者就不容易利用印象整飾的技巧，將污名遮掩起來。此處使用「羞恥的身體」概念，強調的就是一種癌病的身體具有突出冒犯的感覺，使患者因無法掩飾而產生的一種羞恥感。

初期大多數個案對於化療、電療種種的副作用，所帶來身體的不適，雖覺得難以忍受，但都還是依附於醫學高科技所帶來的希望。但對於子宮會不會被切除、肛門能不能留住、是否會因為切除腎腫瘤而成爲終身洗腎的患者，這種身體心像的破損對心理上造成的傷害遠大於生理功能。有的患者就表示，寧願放棄治療，也要堅持一場身體器官的保衛戰。父親罹患腎腫瘤的歐太太形容父親 (No.21) 當時的情況：「我父親不要切除腎臟，他覺得癌症是絕症，該死就給他死，他不要再切除一個腎臟，過洗腎的生活。後來，是因為醫師答應盡量保存三分之一腎，只要腎還有正常功能，就不用洗腎了，他才同意開刀割除腫瘤」。

當直腸癌、平滑肌肉瘤或癌細胞轉移必須採用結腸造廔 (人工肛門) 的患者，面對帶著肛門袋流露在外的排泄物，這種身體破損所烙印的符碼，會使病人自尊心喪失、身體心像嚴重受損。有的病人強烈的表示，寧願死也不願身體帶著人工肛門。50歲的羅先生 (No.27) 當醫師告知要做人工肛門時，做護士的太太表示：「我先生一直說：寧願死，也不願意做結腸造廔，我子女去收集有關結腸造廔的相關資料，他都沒有辦法接受。」23歲的張小姐 (No.12) 也表示，她能接受罹患平滑肌肉瘤的事實，但無法忍受人工肛門帶來的羞愧：「比較不能接受的是將來可



能要做人工肛門，醫生剛開始有說好像要裝人工肛門，那是我最不能接受的事情。真的不能想像身上要帶著糞便」。

對於不得已裝上人工肛門的患者，腹部的肛門袋、無法控制的排泄、性關係的影響，這種身體完整性破壞，無法掩蓋的臭味，都讓病患生活適應、社交生活出現難題。任職國小快要退休的周老師（No.25），就這麼形容：「開刀是五月，然後裝了臨時的人工肛門，要裝肛門袋，很難適應（語氣加重）。沒貼好又漏，弄得全身髒兮兮的，真討厭，沒有一點生活的品質。然後我孫子又說：奶奶很臭。我一聽眼淚都要掉下來。…我們同學會在台北開，我都不敢參加，也不敢出門，很怕要去上廁所。」

人工肛門所無法掩飾的臭味，使癌症的病人無所遁形於他／她人的眼光與詢問，當病患污名必須赤裸裸的呈現於眾人的面前，在他／她人「鏡中之我」的反射下，很容易名譽喪失，陷入污名為人所知曉（discredited）的情境，為了避免這樣的難堪，患者會切斷原有的人際網絡，封閉於自己的世界。而社交的障礙與社會支持網絡的瓦解，更容易增加患者生病之後的焦慮與罪惡感。這種因癌症造成身體的受損所造成的污名，轉化成一種心理上的受苦歷程。對他／她們而言，治療過程的痛苦，不單單是癌症本身的不適和治療的副作用，還包括無法履行社會角色所產生的失落。

## 2. 生殖／生產的身體

當癌症的診斷確定時，致癌的器官會因性別的不同，而有不同的反應。Bordo（1993）強調，婦女的生命大多以「身體」為重心，如自己身體的生殖、美化、照顧別人身體。女性的身體背負了社會、文化的意義，並被賦予生殖／生產的社會期待。子宮、乳房、卵巢牽涉到整個社





會對女性的性別認同。一旦成爲癌症侵犯的目標，女人形象的受損、心理的羞愧感可能大於生理上的疼痛。以子宮頸癌爲例，雖然政府大力宣導子宮頸抹片檢查，許多病人對子宮頸的致病因與治療仍有著刻板的認知。62歲的王媽媽（No.15），就認爲子宮頸癌是種讓人感到羞恥的「污名」：

「我講這個感受，我心裡滿怨的。人家說得這種病是第一早婚，但我26歲才結婚。第二說是性伴侶多，我一生的性伴侶只有一個。第三說是生理衛生不好，我沒有而且我先生也不是很花的人。我會得這病實在是不甘願啦，我們家也沒有人得這個病，我實在覺得莫名其妙。」

53歲的段媽媽（No.23）被宣告爲子宮頸癌後，卻不願意開刀，任職護士的女兒表示：

「她最初的症狀是MC（月經）一直來。我那時在婦產科打工，叫她做抹片，她不願意，覺得不好意思，好不容易被我說動。後來檢查出來子宮頸癌，醫師說要開刀，子宮、卵巢就都要全拿掉。因爲她覺得子宮、卵巢是女人的象徵，所以很排斥。」

一位任職於台北某市立醫院的婦產科主治醫師，談到他的臨床經驗：

「照理說，民眾知識普及，有性行爲的女性每年都該做抹片檢查，健保對30歲上都還有補助。可是台灣抹片的定期檢查還



是很不普及。…我是有遇過老婆得了子宮頸癌後，老公不敢和她行房，以為子宮頸癌會傳染，我是會和他解釋，說子宮頸癌不會傳染啦！」

子宮頸癌及乳癌是婦女常見的癌病，也是占台灣地區婦女死亡的第四位及第五位（鐘昌宏 2001：77-79）。「子宮」代表了生殖的社會功能，「乳房」則是女人的第二性徵，一旦診斷確定治療上必須割除乳房時，對於自己是否還是個女人的自我質疑會不斷加強。這種因為失去乳房而帶來的烙印，性別認同而產生的質疑，會帶給患者強大的心理、社會壓力。女性的身體鑲嵌在所處的社會、文化脈絡中，對她們形成了某種控制力量，這也充分的反映了父權社會的價值觀，特別是與性徵或「性」有關的疾病更是如此。

愛漂亮的曉芬（No.22）在台大醫院檢查出乳癌後，知道乳房、卵巢、子宮都將難逃切除的命運，氣憤地表示：

「放射線治療後，醫師建議我將子宮和卵巢都拿掉，爲了這個我還跟主任吵架。面對一屋子的衣服我都想放火燒，當初我指可以去整型，現在居然叫我拿掉子宮，這樣還算是個女人？裝義乳也出了很多次糗啊！如果我還有生育能力的話應該還可以嫁人，畢竟男人都是希望有自己的小孩。」

33歲、已婚的乳癌患者（No.20）秀眉，當失去乳房後便認爲自己是「不完美的女人」：

「乳癌的心理療程可能比其他疾病辛苦。畢竟乳房是女性的第



二性特徵，如果是其他疾病只要接受這個病繼續走下去就好了，這個病還要考慮到伴侶是不是能接受吧！那時我什麼緊身洋裝都不敢穿呢，也擔心伴侶會不會不要你，因為男人是在乎這個乳房的。女人的性特徵失去時就是不完整的女人。」

面對癌症而造成子宮、乳房切除的個案，除了必須面對疾病對女性自我形象的威脅外，處在父權社會的女性會特別在意自己是否能懷孕和分娩。如果已婚並有孩子，則較擔心另一半的眼光，及與伴侶的性關係。如果是未婚又面臨子宮切除的命運，有的人會覺得自己在婚姻市場價值下降，對自己未來結婚、生子的可能性產生焦慮、沮喪。有的則是說服自己一個人過日子也很好，也有受訪者就刻意保持未婚的狀況。

在醫療的決策過程中，年長或教育程度低的婦女傾向由親友、先生決定醫療方向。研究發現，如果是已婚生子後才罹患與婦科相關的腫瘤，例如：子宮頸癌、卵巢癌，醫師為了保險起見，常會一併的將子宮、卵巢全部切除。<sup>5</sup>張菊惠等（1998）也指出，在台灣婦女進行子宮切除前，醫師選擇性地提供手術資訊，誘使病患要做手術的決定。田野訪談中，許多受訪的婦女雖然不願意女性象徵的器官遭到切除，在家人的勸說與自我安慰下，還是對醫療權威抱持著信任與服從的態度。關於疾病治療方向的利弊得失、手術後的副作用、與自身疾病有關的問題，越是教育程度低與年長的婦女越容易倚賴家人提供資訊。以乳癌末期住入安寧病房，國小畢業的秋琴（No.1）為例，她的先生表示：

---

<sup>5</sup> 針對這樣的現象，一位任職於醫院婦產科的受訪醫師就表示：「健保制度容易誘發醫師，在台灣醫師開刀利益當然比較大，如果做一次電燒、或放射治療，根本賺不了多少錢嘛！」（田野訪談02/22/1998）。





「她右乳有硬塊，我沒和她去榮總，是她一個人去。不知醫師和她說了什麼，她心理建設不好，就不願再去。後來，榮總的醫師打電話來，她害怕沒有照醫師的指示，醫師那時就說的好難聽，說她不開刀一定會爛的很厲害，她也是受到刺激。」

到了安寧病房，秋琴表示一切醫療決策由先生、孩子全權負責：

問：當初為什麼會排斥開刀？

秋琴：我有開過一次子宮肌瘤，開刀的感覺不是很好（她對為何會感覺不好，卻不願意再談下去）。

問：後來為什麼又再會到醫院？

秋琴：我先生和孩子堅持帶我來看病。（住入安寧病房內的秋琴，整個左乳的肉都嚴重的腐爛與凹陷。連護理長都訝異的表示：為何可忍到傷口爛到這麼大，還不看醫師。）

問：其他醫院的醫師怎麼說？

秋琴：後來我到孫逸仙醫院，醫師就和我先生與女兒說，不會和我說。

問：你比較喜歡這樣？

秋琴：對！不知道，比較沒有負擔啦！

說到他 / 她們的求醫經驗，秋琴的先生無奈的告訴我：

「新光醫院的醫師，只說割了就好，到了孫逸仙醫院，就說已經超過2.5公分，第二期一定要開刀。她說寧願死，也不願開刀。後來是轉移到腦了，走路都不穩了才把她送到新光醫院。」



新光醫院的醫師因門診叫她開刀她都不聽話，對她有點排斥，不太想收她。我們就在急診等，那邊醫師也是愛理不理。」

相較於秋琴對醫療體制下白袍權威的被動與消極地抗拒。同樣罹患乳癌，碩士畢業的晴麗（No.17）就有非常不同的求醫經驗：

晴麗：我跟榮總的醫師是好朋友，而我的主治醫師也都會說，我去找某某醫師商量一下再決定要怎麼辦。因為你的 advisor 很多，我不可以給你亂搞。我朋友當醫生的人滿多的，包括我弟弟和堂弟都是醫生。

問：你的支持網絡來源大都是你的朋友對不對？

晴麗：對，而且我自己有看英文報和國外論壇的習慣，所以我這方面的常識比我的醫生還豐富。

問：所以你對自己的醫療行為還滿有主見的？

晴麗：對，我覺得你要參與。有一天我的主治醫師跟我說：你相不相信，很多病人都是醫生的實驗品？我說：我信啊！所以你說的我向來只信一半。我覺得你不傻的話醫生會比較重視你。如果你可以提供一些和他對等的意見時，他會和你更有良好的互動，也會去考慮你的想法，會對你較好。

在秋琴的疾病歷程中，我們看到「病患日常生活語言」與「醫師醫療專業語言」的落差，其中還隱含了社會文化下性別、階級的偏見。在醫師的眼中，秋琴病情的惡化是她教育水準偏低、無知、固執的下場。在醫療專業的凝視下，乳癌唯一的治療途徑就是早期割除。對於她之前子宮肌瘤開刀，造成身體不適的感覺，她的疑惑、害怕都沒有獲得門診



醫師的接納與理解，反而用威脅口吻叫她開刀，這也使得她對醫療系統的不信任加深。即使到了安寧病房，她雖意識到自己病況，但仍排斥做進一步的理解。而晴麗身體的能動性，則是來自於當醫師的親友所累積的社會資本與碩士學位的文化資本，使得她與醫師相處的過程，並不會畏懼專業的權威，可以參與醫療決策而獲得較好的對待。但筆者要提醒讀者，在我們的訪談與田野觀察中，有能力對醫學專業知識質疑的患者，仍屬於少數。隱含在醫療專業所主導的照護方式，結合社會、文化的控制力，對婦女權益的忽略，仍作用在大多數罹患癌症的婦女身體經驗。

### 3. 勞動的身體

處在資本主義社會中，工作扮演了男性自我成就的重要面向。如果「癌症」出現在一位正值養家、勞動生產的男性壯年期，會讓他對自我角色的定位，產生強烈的質疑。40歲的張先生（No.32）正值創業期就被宣佈罹患鼻咽癌後，自我認同因此產生很大的質疑：

「真是覺得一個人在這個年紀沒有人像我這麼沒尊嚴，40歲對一個男人來講是最精華的階段，可是磨得一點鬥志都沒有，尤其是拉的時候隨時就拉得一褲子，所以我大門都不敢出」

或者，相較於女性病人原本就被賦予依賴者的角色，在治療期間，當一家之主無法工作、賺錢，不得已成為家人的負擔時，會讓男性病人比起女性病人更難以忍受。42歲罹患鼻咽癌（No.24）的錢先生是公務人員，家人與工作是他最大的牽掛：





「就是告訴自己要忍，不然小孩還小，太太已經夠忙的了，反正就是要把它治療好就對了。而且醫生說我的情況還不算糟，復原的機會也滿大的，那我就一定要好，最重要應該是先把我家家人顧好，然後工作做好。」

19歲就被宣判為癌症的中宜（No.11）目前已婚，對於未來的期望，他說：「希望盡量賺錢，以後要生小孩啊、買個自己的房子。還是會擔心自己身體能不能達成這樣的目標。因為我得了這種病以後也是不能投保，所以我要更加打拼。」

此外，面對帶有癌細胞的身體，癌細胞復發以及治療過程的副作用的患者，雇主往往無法有效的管理這樣的勞動力，使癌症患者成為勞動市場不受歡迎的一群。有的受訪者會表示：「找工作時，千萬不能讓人知道你是癌症病人，這樣人家就不用你了。」也有受訪者談及，因為被貼上了癌症病患的標籤後，原有的工作權受到剝奪：「我從側面才知道，原來公司並不希望我再回去，因為他們認為一個癌症病人常要請假，可能對工作會造成不方便。針對這一點，我覺得對癌症病人滿不公平的，我有一個病友一生病後就沒有人願意要他了，為什麼我們連最基本的工作都沒有人願意雇用我們。」（No.22）在一個勞動、生產為主的資本主義社會，人的價值環繞這套生產體系以求定位。一旦因疾病導致身體的勞動力減低，很自然地被排擠到這個社會的邊陲，包括：保險拒保、工作權受損、職場的歧視等，田野受訪的個案大多默默接受因污名被揭露不平等的對待。

相較於男性在乎不能工作、勞動力喪失的身體，筆者在訪談癌病婦女時，則較常聽到她們對身體無法承擔家務勞動、照顧子女的擔憂。卿玲（No.33）罹患卵巢癌五年，回顧她抗癌的歷程，不斷提及對家人的



內疚：

「我結婚半年後就生病了。做了化療、電療又開刀後，我的體力就變得很不好，對先生、公婆都很不好意思。因為我家事都要他／她們幫忙。那時，化療在家休息的時候，真的覺得這個身體很沒用，什麼家事都不能做。」

在「男主外、女主內」、「女性照顧先生、孩子」這樣傳統性別分工的規範下，女性原先承擔家務勞動的角色，在罹患癌症之後被迫成為被照顧者。有的因此受到公婆的不諒解，而影響婚姻生活。文化分工下刻板印象所加諸在女性的身體，使得女性患者對無法履行家務勞動的角色，比男性更容易發出無奈與內疚的聲音。在本研究中「羞恥的身體」、「生殖／生產的身體」、「勞動的身體」，這三個身體概念並非彼此獨立、沒有重疊之處。是同時透過這三個概念，讓我們看到癌症病患因病痛造成生物性改變，也讓我們看到社會文化的作用力，如何形塑了不同性別、不同診斷患者的身體心像。我們理解這些患者病痛經驗，必須擺回當代的社會文化脈絡，如此才有可能發展以病人為中心的詮釋基礎，而這點往往是既有醫療體制很少觸及的部份。

### （三）病痛的身體與醫療專業權力

Foucault (1973, 1978) 以歷史建構論的取徑，細膩的描繪醫療專業權力的兩面性。他不厭其煩地說明，從18世紀開始使人的存在、行為與身體如何被納入越來越緊密與重要的醫療化網絡。一方面，醫療知識涉及了一個社會對健康／疾病，生／死的論述界定，主體因此被分類、客體化、馴化和常態化。另一方面，現代醫療論述的出現，也使現代人依



附於醫療專業的權力，透過醫療論述來認識自己、建構自我、判斷生命。

病患的病痛經驗，或許可彰顯醫療專業權力的兩面性。醫學權力並非是赤裸裸的作用於患者的身體上，而是透過緩解疾病與增加病患身體的舒適感，建立專業知識的權威。當患者的病況改善、疼痛緩解，這套專業基礎也益加穩固。究竟，面對癌症病患的受苦經驗，醫療處置的限制與有效性為何？在患者病痛的身體經驗上的背後又隱含了什麼樣的權力關係？

### 1. 化療、電療試煉下的病痛身體

當經醫療儀器確定診斷時，在與癌細胞成長競爭的前提下，患者與家屬往往沒有太多時間猶豫。求生的慾念會使患者不惜交出自己的身體，成為手術、放療、化療試煉的對象。所謂放療是利用高能量的放射線阻止癌細胞成長，化療則是以施打化學藥劑或口服藥物的方式殺死癌細胞。雖然每個人對放療、化療的副作用反應不一，但通常都會伴隨著掉髮、噁心、嘔吐、食不下嚥、疲勞、疼痛等副作用。在我們的田野調查中接受放療、化療受訪的患者，普遍都有這些難以忍受的身體經驗。歐太太回憶起60多歲罹患腎腫瘤的爸爸（No.21），做化療所受的苦：

「他毛髮脫落，齒牙動搖，他原先沒拔下來的假牙，因為牙床變形，假牙跳出來，嘴巴整個就全破了，吐出來的口水都是血，水也不能喝。化療痛，坐也坐不好，站也沒辦法站，躺也沒辦法躺，他做第四次做完就不肯做了。」

罹患乳癌的曉芬（No.22）形容當時自己放療後的慘狀：





「當時是七、八月照的，我又住在頂樓，每次一照完後我的皮膚就好像燒焦了一般，而且又痛又癢，可是又不能去碰。」

張先生（No.32）是鼻咽癌患者，形容自己放療的痛苦：

「那時是靠嗎啡來止痛。可是，喉嚨也傷到了，就連吞個口水都還要把脖子給拉長。晚上就吃安眠藥，最痛苦的還是我睡覺時不能平躺，因為我鼻子內的水會倒流回去，所以那兩個月我幾乎是坐著睡。每天這樣眯一下眯一下的，也不敢吵醒家人，後期還嚴重到皮膚都爛掉了。」

面對患者所經歷化療、放療這段生不如死的療程，現有的醫療體制往往束手無策。在科層化、儀式化的安排下，大多數患者在醫院以門診接受治療後，便拖著孱弱的身體回家自行忍受副作用的不適。但是，利用化療、放療殺死癌細胞，這些先進技術是否就能有效的戰勝癌症呢？

因腦瘤末期住入安寧病房，25歲的唐燕（No.5）回顧當初的療程，就非常後悔接受醫師化療的建議。唐燕家住外島，父親中風、母親患有精神疾病，23歲的妹妹唐林便成為她主要的醫療決策與照顧者。不斷頭痛、昏睡的唐燕，在妹妹陪伴下進入國泰醫院，醫師診斷為腦瘤，並告訴唐林：「如果不開刀會走的很快。」妹妹唐林說：「沒有選擇，我們只能開刀。」動過腦瘤手術後的唐燕，病況獲得了暫時的改善，一切行動自如。在醫師的建議下唐燕開始了化學治療，由於唐林希望姊姊能繼續對病情保持「希望」，對緊接而來的化療，只簡單的解釋：「割掉的瘤有可能再長、復發，所以必須接受化療，比較保險」。化學治療下伴隨的脫髮、食慾不振、體力衰退、嘔吐、雙手無力會抖動…等，對自身



病情不明白的唐燕，向妹妹發出了求救訊號，唐林哽咽著向我回憶起這段不愉快的經過：

「後來開始做化療，她的手就開始一直抖，她那時還好緊張，還說要去做復健。…她每兩個星期就要回去國泰門診一次，體力衰退沒有辦法自行走路，我們那時和大弟租屋在公寓的五樓，都要我弟弟抱她下來。有時看病回來，她就在計程車上一直吐，後來也大量掉頭髮，她剛開始很在意，到後來就…。」

化療的後遺症帶來沒有品質的生活與身心俱疲的創痛，在唐燕因癌細胞蔓延住入安寧病房後，唐林後悔地說：「也許，當初不做化療，就不會後遺症那麼多，讓姊姊受那麼多苦。」

將安寧療護的理念引進台灣，當初任職於馬偕醫院腫瘤科主任的鍾昌宏醫師，也說到他的反省：

「我是腫瘤科醫師，當然希望戰勝癌症，可是臨床這麼多年，我仍有一種失敗的感覺，癌症不光只有肉體的還包括心靈的。有次我的一個病人做化療，後來我在顯微鏡看，白血球都只剩一點點。我聽到他和女兒交代後事，我聽到眼淚都差點流下。」

在實證科學教育的洗禮下，延長生命成為醫師主要的責任。這也把整個人類生死間的自然平衡，以醫學人為的力量，努力的向維持生命的方向移動。對一個被宣告癌症的病患或家屬而言，醫師常常成為他／她們希望的來源。在這種情況之下，醫病之間的溝通就更為重要。醫師如



何根據專業的知識，告訴病人有那些治療的途徑？各自的利弊和成功率為何？在不傷害病人的情況下，協助病人對自身疾病做適當的判斷。如果醫師以專斷的態度誘導病人，對一個逐漸屈服於死亡的癌症病患，醫師所企圖給予的希望，這條由善意鋪設成的往生之路，卻常成爲他／她們必經的痛苦之路。甚至，隨著病情的加重，症狀毫無改善，病人很容易會對周遭的醫護人員產生不信任的態度和負面的反應。因胃癌末期住入安寧病房，無法下床的禎芬（No.6）就不斷咒罵著：「早知道我絕對不會去做化療和放療，就不會躺在床上不能動了。」

唐燕與禎芬對於化療所帶來的副作用，幾乎都陷入了生不如死的苦境。當醫療的重點放在療效與未來的存活率，癌症病患因做化療、放療後的生活品質卻很少被探討。在疾病初期有任何戰勝病痛的可能，田野中發現很少有罹患絕症的病患或家屬，願意放棄任何努力的機會。但如果在做化療、放療前，醫師未充分了解病人的想法與需要，單方面的誘導病人，往往會徹底的粉碎病人的希望。當癌末病患回顧自己的治療療程，他／她們一致表示：「寧願有短而健康的生活，而不願沒有生命品質的活著。」

## 2. 無法被醫療論述理解的痛

根據36位患者口述他／她們的治療過程，「痛」是癌症病患身體最普遍的經驗。開刀的傷口痛，化療、放療難以忍受的痛，癌細胞轉移的痛以及面對死亡難以言喻的苦痛，「痛」是癌症患者身體與心理無法逃避的試煉。

對處於控制期的病患，痛有時也代表著一種病情可能復發的指標。這種被病痛所籠罩的陰影，是病人心理壓力的來源。1996年5月被醫師宣告罹患直腸癌的周老師（No.25），手術治療後病情趨於穩定，可是腰





部常常發生莫名的痛，讓她擔憂不已，她女兒就無奈的說：

「她就常常叫痛，原先以為復發了，可是跑了很多家醫院都檢查不出來。可是她還是叫痛，醫師也沒辦法。說她可能精神緊張的緣故。」

這種無法經由科學儀器而被證實的痛，連周老師後來都自我嘲解的說：「我就是會痛啊！可是醫師都檢查不出來，也許是心理壓力大的副作用。」

近60歲的鐵成（No.34），腫瘤切除後讓他恢復以往的開朗樂觀，但肩部斷斷續續的疼痛，讓他極為擔憂：

「醫師做抽血、照X光都說沒事，就開了一些消炎止痛的藥給我吃。這些止痛藥是治標不治本啦！有吃就有點效，可是還是會斷斷續續痛，換了幾個醫師都檢查不出來。我是擔心會不會轉移到骨骼了，下星期我要做核磁共振，看會不會轉移到骨頭了。」

因為這檢查不出來的痛，讓鐵成不斷用逛醫師、逛醫院的方式，尋求病痛的根源。從醫學科學知識出發，只要檢測結果正常，病患的呻吟、身體不舒服的感受都不算是「真的」。醫護人員強調疼痛點與疾病之間的科學因果關連，當身體經由各項精密的高科技儀器找不到「異常值」，醫師便不知該如何處理。有些病患就向我抱怨著：「開一些不痛不癢的消炎止痛藥」。醫學客觀檢驗與病患生活世界主觀感受，在現有的醫療情境中，似乎是個無法用醫學語言跨越的鴻溝。對許多病患而



言，經過一連串的醫療檢查，所得到的仍舊是無法被體會的痛，這種無法被理解的感受，讓他／她們感到更痛了。

定期給予止痛針劑是台灣醫療組織內標準化的止痛方式。在醫院儀式化的處理下，護理人員以自己的想法斷言病人的感受更屢見不鮮。有次筆者在某家醫院進行田野觀察，當時正值下午三點發藥時間，護士小姐看見一位鼻咽癌的患者，從護理站走過，主動地向我抱怨：「這個病人最不合作了，定時的嗎啡口服藥都不吃，還吵著要打止痛劑。」病人跑到護理站要求打針，只見護士小姐告訴他：「沒吃藥就要打針不行。」患者顯然不是第一次被拒絕，便自行走回病房。這位護士完全沒有評估病人的主觀感受，還繼續向我抱怨：「有時你給他打維他命C，就不叫痛了，分明是騙你的嘛！」在實際醫療場域中，醫護人員常常片面依據病患一些生理的證據、面部的表情，做為判斷病患是否疼痛的真假，醫病之間缺乏有效的溝通，病人疼痛的問題很可能有意無意地被淡化處理。

碰到以情緒化方式彰顯自己病痛的個案，醫護人員通常會把這類病患視為「難纏的病人」。他／她們的不舒服感受很容易被化約為人格問題，而被失焦處理。以46歲的珊珊阿姨（No.8）為例，她丈夫已逝，1980年在國泰醫院診斷為子宮頸癌零期。開刀治療後，每年定期檢查的結果都很正常。直到1994年她開始感到異常的疼痛，不舒服的感覺讓她不斷逛醫院，她表示：

「我感到不舒服，有點痛痛的，就去國泰與台大輪流看。這家看不出來還在痛，就看另外一家，到真正檢查出來，就說很晚了，發生轉移了，用什麼儀器都沒有用。」



最後，是兒子陪她前往台大醫院看病，醫師發現子宮頸癌復發，並蔓延到肺與骨頭。這樣的結果醫師不敢直接告知病患，於是醫護人員、家屬形構了一個相互隱瞞的情境，阻隔了珊珊阿姨主動表達感受的機會。住院後面對疾病的威脅、身體疼痛的不適，使得她用哭泣、無理取鬧等負面的行為來對待周圍的人。兒子形容著：「因為她情緒變化很大。她沒見到我，就一直大吵大鬧，動不動就按電鈴，那邊的護士小姐也有對著對講機喊：「什麼事！也不太理她。」病痛無法緩解的珊珊阿姨，在妹妹的建議下決定轉入安寧病房。兒子說：「因為我媽媽痛的，反正最壞也就是這樣，所以也沒太多意見。只是後來她有告訴我，來這邊就回不去了。」

從癌末個案的身體經驗，我們發現整個癌症的歷程，不只是涉及發病的器官而已，它是一個全身組織都參與的過程。但當病情惡化、癌細胞轉移、或生理功能減弱時，在既有的醫療情境下，罹患癌症的病人與家屬往往不知該如何面對。在田野訪談過程中，我們發現許多末期的癌症病患（No.1、4、5、6、7、8、9、10）與家屬之所以選擇進入安寧病房，除了死亡大限無可逆轉外，醫病過程中所遭遇種種不愉快的經驗與難以忍受的疼痛，也是迫使他／她們選擇安寧病房的最主要原因。

#### （四）安寧病房內的身體政治學

從1990年2月淡水的馬偕醫院成立國內第一家安寧病房，到2001年5月23日，立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，並於同年6月7日由總統公佈正式實施。短短的十年間，安寧療護從成立安寧病房到緩和醫療立法通過，整套論述被視為對當前醫療體制過度專業化、機構化的介入，所形成的威權主義（paternalism）與非人性化（depersonalization）的一種積極反應。許多推動安寧照護的醫界人士，也莫不高度的肯定





「安寧緩和醫療條例」的立法通過，代表了國內醫療重視末期病患的醫療品質，邁向更有人性的進步指標（陳榮基 2000）。在大眾媒體強力的宣傳下，一幅幅溫馨、感人的鏡頭出現在各大報章雜誌：

「曾有位肝癌轉移骨癌產生劇痛的患者，他太太陪他來安寧病房之初，痛得在床上滾來滾去哀嚎哭叫。我們想盡辦法治療，護士常去看他，幫他按摩才逐漸平靜下來。後來他走的時候很平靜，病房內也見不到呼天搶地的景象。」（自立早報1992）

「三年前隨著癌症消息而來的小黃，一直是他輾轉病床時的最佳伴兒，但住進安寧病房的前夕，小黃走失了！失去了伴，他整日悶悶不樂，病情更每況愈下。義工們熱心的幫忙尋找，將小黃送回他的懷裏。他笑了，笑的好開心，好燦爛！隔天中午，他去世了，臉上仍掛著昨天的笑容。」（安寧照顧基金會平面廣告）

「他去世了，臉上仍掛著昨天的笑容」、「死亡並不可怕嘛！」，這一幅溫馨、感人的死亡圖象，成為近年來媒體對安寧病房報導的焦點。1996年當筆者進入北部某家安寧病房進行田野研究時，印入我眼簾的卻是一個個無助而必須仰賴他人照料的身體，最讓我訝異的是不少病人對自己的病情並不清楚，也不了解這個病房的性質，家屬的決定對於患者進入安寧病房占了很重要的角色。究竟，這些因為癌末病痛並等待死亡的軀體，是否達到安寧病房所宣傳身、心、靈安頓的目標呢？

禎芬（No.6）是我在安寧病房進行田野觀察印象深刻的個案。聆聽她的癌病史，望著她被疼痛折磨的身軀，讓我思索著這個被癌末軀體所牽制的生活世界，安寧病房內是否能轉換她的痛苦？現代醫療的極限又



在那？這個苦不堪言的身體經驗之於患者、他人，又有什麼社會、文化的意涵？切入禎芬病痛的求醫歷程，或許有助於我們回答這些問題。43歲的禎芬，高中畢業，與丈夫未有生育，兩人領養一女，當時9歲。她在1995年端午後被診斷為胃癌，隔年5月過世，病程走了十個月。

愛吃零食的禎芬一直有胃腸不舒服的毛病，但整體的身體狀況並無大礙。直到1994年底，有天因腹部劇烈疼痛而被送入國泰醫院，當時醫師診斷為卵巢囊腫必須馬上開刀，手術完的禎芬，在醫院治療一週後便出院了。1995年過完端午後她出現食慾不振、胃痛的徵兆。一向胃腸的不舒適，加上自認為身體在卵巢囊腫手術後就變得比較虛弱，讓她忽略了胃癌初期的警訊。一直拖到6月才到仁愛醫院進行檢查，當醫師經腹部超音波確定診斷後，當場就告訴她的家人：「如果不做化療，生命大約3個月到半年，如果做化療差不多一年。」

因為妹妹是護士，所以禎芬的治療方向大都由妹妹決定，但家屬具有醫護人員背景，未必就能讓禎芬獲得滿意的醫療照顧。妹妹生氣地說：

「我是很後悔那時把她轉到長庚。給她開刀的醫師是很有名的醫師，開刀完醫師叫我到開刀房看割下來的東西，就在那邊罵怎麼會拖到這麼晚才來看。可是後來看她情況也沒救了，就趕她出院。」

1995年7月禎芬在長庚割了腫瘤後，因醫師認為無法做進一步積極地治療，在傷口癒合後就被迫出院。在求醫無門的情況下，一向溫馴順從的禎芬開始配合著家人，求神、問佛、找偏方、吃中藥。到了10月初她因走路不穩，由先生帶到附近的婦產科醫院，當時醫生診斷為子宮肌



瘤必須開刀。半信半疑的先生，在禎芬妹妹的安排下將妻子轉入長庚腫瘤科後，確定真正的原因是癌細胞轉移到子宮、卵巢、骨骼。當醫師宣布癌症再度轉移後，第二條民俗療法的出路，便自動地打上了休止符。

1995年11月，因癌細胞多處蔓延而切除卵巢，禎芬開始進行口服化療與放射線治療。個性敏感、善良的禎芬也隱隱約約的感覺到癌症復發的嚴重性。她告訴我：「後來長庚開完刀，我看到先生說話的樣子與表情，就知道完了，我再也不能照顧家中的人了（哭泣）。」這次的療程將不斷受苦的禎芬，正式地打進無盡的深淵，先生說：「她自己不小心在病房跌倒，骨科醫師說要開刀，不開刀一定不會走，她的情況也沒辦法開刀，只有一直躺在床上。」這一躺直到她過世，都沒起來過了。

對於治癒無望的癌末病人，大醫院一慣處理模式是症狀治療後就要求病人出院。禎芬的先生說：「到了聖誕節醫師就叫她回去，說什麼健保不能住太久，是不是這樣我也不知道。反正就是叫你出院，我自己也想，這下出院大概很難住進來了。」轉入安寧病房後禎芬主動地告訴我：「我這個病沒救了，長庚的醫師都不要收我。」被醫師宣布只能在家自行療養，即意味著病患必須自行在家等候死亡的時間。

12月份被醫院要求出院的禎芬，每兩個星期由先生背回醫院門診拿藥、輸血。因缺乏適當的醫療處置禎芬疼痛的情況仍無法改善。當護士的妹妹擔心癌末的痛會侵蝕姊姊孱弱的身體，著急的四處尋找門路，她說：

「她出院會痛啊！我那時也是聽人說，在你們（指安寧病房）這邊打嗎啡比較自由，而且照顧的會比較好，能讓她不痛安詳的走。我就託人問，然後把她送來。」





長期臥床的禎芬臀部開始長褥瘡，照顧她的先生就抱怨著說：

「我們也不知道要怎麼辦，她一月份的時候連門診都沒辦法去看了。妹妹就說要託關係轉到安寧病房，本來她是說：過完年才要來。可是在家真的不行，又一直喊痛。」

禎芬入院的第一天主動告訴我：「我只希望平平靜靜的走就好，所以我妹妹說要把我轉進來你們病房。」在一旁照顧的媽媽難過的表示：「她妹妹說她這個病到最後會很痛苦，來這個病房最後這一段會比較不痛苦，我是希望她不要痛苦太久，她先生都不耐煩了（哭泣）。她自己也有說，不行就不要救我。…她很不甘心啦！要來這邊的前幾天，還會打著床說：她不甘心。」

住入安寧病房一個星期後，禎芬主動對我形容她生命的苦：

「你們這邊有沒有像我這麼可憐的病人，全身都是癌細胞，胃、卵巢、骨頭，全身都有…。我病了一年多，現在我只希望住在你們安寧病房，就這樣沒有痛苦的走了好，讓我睡覺最好就這麼走。」

至於，安寧病房的林醫師又是如何看待這位病人身體的痛與面對死亡的苦呢？在個案討論會中，林醫師提出了他的看法：

「胃癌的病人通常會痛的很厲害，可是這個病人沒有。這個病人我一直沒有辦法和她接觸，每次去看她，她都不管我。不知道是不是她對醫師很反感，我叫她，她就在那邊睡覺。如果是



左腿疼痛的問題可以考慮是否Morphine（嗎啡）加量。她腿痛的問題，目前我們只能用牽引（為一種骨科的治療方式），或加重止痛藥。她如果覺得牽引像小狗被綁著，我們也不勉強。那時骨科認為最好是開刀，可是開刀對這個病人沒有什麼意義。」

過去受挫的醫療經驗，讓禎芬對醫師都有某種程度的排擠，不信任的態度也帶入了安寧病房。禎芬在醫師覺得自己沒救後，就完全對醫師絕望了。林醫師雖然口頭建議禎芬可以看看影片「情深到來生」，體力衰退的她，對醫師的建議沒什麼興趣，一直到死，安寧病房的林醫師對她的淡漠也無可奈何。禎芬告訴我：

「我也沒有什麼資格評斷醫師，我是死刑犯，反正也沒有救了。（我問：你覺得你沒救，所以醫師不關心你？）禎芬無神的說著：多多少少都會來看，但只有義務，醫師只靠一張嘴巴，還有開一些也不會死的藥。護士小姐比較好，我好臭，還要幫我弄乾淨。」

住入安寧病房後，她總是一幅疲憊愛睡在床上，24小時放著佛經。完全不能行動的她，特別在乎自己成爲一個被動的依賴者。她常常告訴我：「我是個累贅，現在大家都要爲我操勞，我都很恨爲什麼要這樣。大家都被我拖累了。」

過年後禎芬變得嗜睡，這也是打嗎啡的副作用之一。除了偶爾會向醫護人員抱怨腿痛不舒服，大部份的時間，她都躺在病床上睡覺。癌細胞摧殘愈加瘦弱的身體形象，有天嚇到了隔床新入院的病患，同是癌末



的患者小蓓主動地跑到護理站要求換房間。那天晚上禎芬又對我說道：「我在賴皮，爲什麼我還不走，爲什麼我會生這種病，躺在床上動都不能動，活得一點尊嚴都沒有（哭泣）。」主治林醫師每天會固定到病房巡視，但儀式化、常規性的探訪，並無法實踐安寧病房所強調「病人意義爲中心」的全人照顧。在真實醫療情境中，醫師所關心的仍是生理機能上的痛，而非醫治病痛，以某天例行的病房巡視爲例：

林醫師：現在覺得怎麼樣？

禎芬：還是會痛。

林醫師：那裏痛？

禎芬：腳、肚子。

黃醫師：（用手摸摸病人的腿）這邊嗎？

禎芬：腿會酸酸的。

林醫師：她目前的用藥如何？

護士：她目前的Morphine 3mg q4h與1mg q2h prn。

林醫師：如果她痛的時候，那1mg隨時加上去，這是讓你們自行使用的。

禎芬：我的藥可以加量嗎？

林醫師：可以，你覺得舒服就好（離去）。

醫師走後她又再度的說著：「人生走到這真是一點意義都沒有，阿彌陀佛來帶我走，就是對我最大的幫助，最好是我睡覺的時候把我帶走。」我問她：「你覺得來安寧病房醫師護士對你都沒幫助嗎？」禎芬告訴我：「肉體有幫助，可是心理沒有人能幫我。像我以前很喜歡看電視，現在都沒心情看，有時真的一直躺很無聊，才會打開，可是五分鐘





不到，就不想看了。」

住入安寧病房後，禎芬腿痛的問題因定期注射嗎啡有暫時的緩解。但無法下床行動的她，始終恨自己不能行動的樣子。她不斷的形容身體無法自由走動的苦：

「我昨天夢到我的腿和我的身體分開了。啊！我被釘死了，被釘死在病床上了，我不要牽引像小狗一樣。」

她深刻的向我描述她的感覺，我觸目心驚的聽著。有次，走進病房時，見禎芬拿起鏡子照，媽媽站在一旁。我問她：「禎芬，你在幹什麼？」她自言自語的說著：「我在看我是不是快要死翹翹了，我的臉整個都變形了。」面對肉體的殘缺與消亡，透過鏡子所反射出的身體心像，帶給她心理更大的苦痛。在她過世前的垂死歷程，哭泣、埋怨、憂鬱、悲傷，一連串複雜的心理變化不斷出現，唯一不變的是，她還是不甘心。安寧病房的心理醫師告訴我：「她很多事，想一想又跳下去，這與人格特質有關。我們只能在一旁給她適當的支持，也沒辦法改變她什麼……。」

在過世的前三天，禎芬意識時而清醒時而混亂，雙頰明顯的凹陷，兩眼無神，因為無法進食，整個臉已經瘦成像骷髏頭，全身、四肢都有嚴重的水腫。這些生理的變化，充分地顯示癌末瀕死的生理徵兆。除了偶爾呻吟著腳痛外，等待大限來臨的疲憊，讓她整天幾乎昏昏沉沉地睡著。過世前兩天有回見禎芬清醒，和她閒聊了一下子，我問她：「會不會想回家？」禎芬無言的搖搖頭。我接著問：「是不是覺得回家沒人照料。」她沉默後突然告訴我：「我來這就知道不能回去了，現在也不會想家了。」禎芬的口氣無奈多於接受，兩天後安寧病房便傳來她死亡的



消息。

從田野中我們發現，強調身、心、靈全人照顧的安寧病房，在講求分層負責、注重理性效率的醫療科層組織中，醫護人員對「痛」的理解，還是被侷限在以「症狀控制」、「疼痛處理」為主的生物醫學模式。病人為主體的概念，也只能被限制在醫療組織的框架。雖然，透過嗎啡或自動止痛劑，病人身體上的疼痛有一定的緩解，但是，癌末病人心理、社會受苦面向，則未必是醫護人員、神職人員、社工、心理師訪談就能夠解決的。對禎芬而言，嗎啡無法解決的痛，是身體無法動彈以及陷入死神掙扎困頓所產生的痛苦。安寧病房內雖有社工、心理醫師的陪伴與開導，但她告訴我：「心靈必須面對死神的無奈，沒有人能幫我」。

禎芬並非是筆者在安寧病房田野觀察下的特殊個案，她的垂死歷程反映出癌末個案在面對病痛、死亡的一個縮影。透過禎芬等待死亡的歷程，也凸顯了安寧療護這套論述在實踐過程的迷思與盲點。台灣在1990年第一家安寧病房的成立後，短短十年的時光追求善終的理念開始在台灣生根茁壯。整個安寧病房中除了特別強調專業人員的愛心、耐心與照顧臨終病人的專業知識，較好的硬體設施、人性化的安排、社工人員貼心安排的活動，在大眾媒體的推波助瀾的宣傳下，鏡頭總是無形膨脹了病人在安寧病房中面對死亡過程中安詳、光輝的一面。

安寧病房創辦人Saunders（1980）提出了整體痛的概念，提醒醫護人員注意到癌末病人面臨生理、心理、社會交互影響的病痛經驗。但是，在禎芬身上我們看到一個癌末病人的受苦的垂死歷程，身體機轉的衰敗導致的不能言語、大小便失禁、無法自在的活動，做為一個人的尊嚴往往在這樣的過程會自動崩解，醫學力量有時是很有限的。更多的時候對病人與家屬而言，安詳尊嚴的垂死歷程是屬於心靈層次的意義。如



果，安寧病房內的醫護人員不能意識到醫療專業本身的限制，意圖透過醫療系統創造一個個溫馨、安詳的死亡面貌，很有可能無意中掩飾了人在面臨死亡過程中一定存在的不完美。

對癌末不可治癒的病人，安寧病房強調各種不適症狀的緩解。症狀的改善或許有助於病人暫時的舒適，但在大部份面臨垂死過程的病患與家屬身上，我們見到的是，即使是疼痛等症狀的緩解，不可避免的仍有其他的痛苦出現。當垂死病人身體逐漸衰敗時，做為一個人的真正尊嚴往往會自動崩解，醫學在這方面的力量是很有限的。正如 Foucault 犀利的指出，醫療專業如何透過死亡，建立自身的真理：

「對醫學注視而言，要操作這樣的轉化過程是非常困難且極為吊詭的課題。和人類之恐懼同樣無可記憶的久遠，使醫師的注視直接指向疾病的消滅，指向疾病的治癒，指向生命；那是如何使生命回復之問題。在醫師的背後，死亡仍是巨大而黑暗的威脅。醫師的知識與技藝在其面前均趨於無用；死亡不只是與生命、疾病有關之危險，而且質疑了醫學知識本身的危險。死亡證實了醫學之挫敗，醫學便能透過死亡，再建立起真理的基礎。」（Foucault 1973: 145-146）

醫學面對癌末的束手無策，讓我們看到現代醫學的有限性，於是有了安寧療護論述的興起。如果在善終的指標下，安寧病房的醫療專業人士，又以為醫學的力量就能創造出「不痛的身體」<sup>6</sup>以及安詳、尊嚴的

---

<sup>6</sup> 以安寧照顧基金會的文宣為例：「安寧療護特別針對癌末各種不適症狀，進行緩和醫療，從專業的疼痛控制到各項症狀處理，讓癌症病患始終能維持「無痛」的安





死亡面貌，就如同以往醫療論述以為科技的力量有可能戰勝死神，同樣有某種程度的虛妄性。相對於以往醫療體制，漠視癌末病人病痛的感受，這套安寧療護的新論述蘊涵著對既存現況的批判而有超越的可能。但如果安寧療護論述下的醫療專業人員，不能誠實的看待醫學本身的限制與專業能力的有限，承認在面對死亡的過程中，病人仍不可避免有肉體的痛苦與心靈的恐懼。主張安寧療護的照顧者如果缺少了這一層的反省，將會在實踐過程中導致相反的效果，以為病患進入安寧病房後就可以享有安詳、尊嚴、不痛的垂死歷程，以更溫柔的人道主義為名，卻膨脹了醫療專業的權力，形成另一種對病人身體、生命權力的侵入，還從中得到滿足與成就感。一如 Foucault 批判人道主義背後所隱藏的權力關係，指出所有真理的揭示都是以建立在主體服從權力的機制為代價。

## 六、結論

本文是從36位癌症個案「意義為中心」的生命敘事，藉此分析糾結在社會文化脈絡與既有醫療結構中，台灣癌症病患在面對病痛、死亡受苦的身體經驗。在分析上，筆者認為採用不同理論典範並用的「方法論實用主義」，對本文經驗研究有三點助益：首先，這樣的立場可以吸取不同理論的視野，避免以任何簡單化約的觀點研究人類身體的病痛現象，或任意的以某個理論典範做為唯一知識的判斷。其次，這樣的立場

---

寧境界和生命品質。」在筆者進入安寧病房進行田野工作發現，過度強調一個身心靈安詳尊嚴的垂死歷程的醫療目標，處在這種「完美」的死亡，反而容易造成第一線的護理人員產生耗竭（burn-out），在這個宣稱能發揮護理之美的地方，吊詭的是，筆者進行田野的醫院安寧病房護理人員的離職比率也特別高。



避免了身體的研究落入建構論與本質論二分的困境。一如Turner (1992: 29-30) 指出：「儘管知識社會學和解構主義採取的相對論，是探索社會的一個有用批判的出發點，卻沒必要成爲社會研究的結論。在任何情況下，大多數社會學家都可能是弱的建構主義者 (weak-constructionist)。以醫療社會學爲例，當人們開始以建構論的角度來討論各種疾病間的差異時，接受建構主義並不一定導致反基礎主義 (anti-foundationalism)，因爲有些現象比其他現象更具有建構性」。事實上，癌症病患病痛的身體，正是一個涵蓋生理、心理、社會文化不同層次的受苦過程。這樣的方法有助於我們結合不同理論的觀點，做不同層次的分析與詮釋。最後，筆者在分析上雖然採取建構主義的論點做爲探索醫療社會學中有關疾病與病痛議題的指引，但本文的結論並未走向過度建構主義，所導致相對主義的結論。這也正是Turner以「方法論實用主義」對身體社會學具有相當貢獻的地方，和他企圖解決本質論與建構論紛爭的有效途徑。

根據本文的分析，癌病病痛的身體，具有一定生物學上的意義，但身體與社會、文化、既存醫療體制的牽扯力量，也清楚標示了結構的影響力，成爲病患建構身體心像與理解自我的重要機制。建構論的取徑讓我們意識到病痛的身體如何受結構的力量所左右；而理解這些力量加諸在身體的規約與限制，對我們當代生命存有什麼樣的啓發？從個案的求醫歷程，筆者發現西方現代醫療在短短一百年間就已對台灣社會產生了深遠的影響，成爲個案參照疾病的重要架構。Kleinman (1999: 410-411) 就指出，這一個世紀醫療制度的興起，使人類痛與受苦的經驗，被納入科技與技術理性所操縱的科技領域。身/心二分的二元論，使身體被當作一個機器，排除心靈的涉入，這也反映了醫療照顧進入工業模式的結果。透過田野訪談中，所談及與觀察到的患者身體與醫療互動的經驗，



本文顯示出醫療專業的不足與盲點。此外，根據個案們的生命敘事，完全採用醫學或科技理性的方式並無法有效的幫助我們應付癌症病患受苦的身體經驗。期待這樣的研究有助於醫療專業反省到這些問題。但是，如果我們因此倚賴一個完美的現代醫療體制去解決並承擔人類面對疾病整體的受苦的問題，或許也是另外一種迷思。因為，人類的病痛涉及了意義層面的問題，儘管現代醫療被迫處理生、老、病、死的抉擇，但它卻無法解決受苦所指向生命意義，終極救贖的問題。一如 Good (1994: 83-87) 指出：「醫療在現代社會結合了生理學與救世神學 (soteriological) 的救贖力量，醫院不僅是醫療化身體的治療與建構的場所，也是道德劇場的場所。醫療已經深深的糾纏於我們對當代受苦經驗、美好生活的想像，取代宗教成為新的就贖力量。」

把醫療視為病痛唯一的救贖管道，以及對醫學給予過度的信任，也反映在本研究台灣癌症病患普遍的生病經驗。當患者求醫過程遇到挫折，或者遇到醫學無法治癒的痛苦，乃至於被醫療宣判無法治癒時，癌末病人體會到醫學的限制，卻不知道如何面對生命的痛苦。事實上，病痛展現了一個整體的受苦經驗，而這樣的人生經驗往往糾結於所處的社會、文化中。要理解身體、個人、自我與意義都必須從整體社會文化來著手切入，醫療只是其中的一環而已。

儘管詮釋及後結構 / 後現代的取徑，分別從不同的面向批判了自 Descartes 以來現代醫學身 / 心二分的論述，但根據我們的田野資料，患者慣用身體如何、心靈如何來描述他 / 她們的感受，身 / 心二分的概念還是存在於他 / 她們日常生活的分類中，對我們的文化範疇，仍扮演了重要的影響力。如果身 / 心二分概念不存在時，許多重要訊息可能無法呈現。從患者的身體經驗出發，筆者確實看到實證醫學面對癌症這種不可治癒疾病時的限制。在身 / 心二分的邏輯下，既有醫療情境的運作下





使得痛 / 受苦，疾病 / 病痛被區隔出來，身體的病痛被簡化為一種生理現象，忽略了病痛所處的社會情境與文化脈絡，也漠視患者身體的主觀感受。筆者強調處在當代的社會，或許唯有我們意識到這些結構上的限制與癥結，才有另一種救贖的可能。身體該如何轉化這些癥結，甚至，當癌末必須面對身體機轉的衰敗與不堪時，做為人主體的能動性何在？

根據筆者的田野資料，對於癌症歷程中種種病痛的考驗，有的患者會透過宗教信仰，例如：唸佛、禱告，或者用打坐、冥想來轉換或緩解疼痛的感覺。本研究的一些個案正因為對抗疾病的受苦經驗，也間接地改變了一些人生觀與態度。或許，病痛的身體所具有的能動性，正是體會到醫療的限制與不足時，重新賦予病痛身體「意義」的過程，轉化其受苦的身體，進而對自身存在有新的理解方式。雖然，在筆者長期的田野過程中，看到大部份掙扎在病痛與死亡的威脅下的癌症歷程，所反映的多是人性的懦弱、害怕、與逃避。糾結於當代社會文化結構與醫療體系的現代人，真正有能力對病痛的軀體重新賦予「意義」的患者實在不多。宗教的信仰、另類療法、不同的知識信念，都不保證在面對長期的疾病歷程，每個人都能走出病痛的限制。因為，意義的轉化必須是行動者一種長期累積訓練的功夫（discipline）與身體化體驗過程。

### 作者簡介

蔡友月，台灣大學社會學研究所博士候選人。主要研興趣醫療社會學、文化社會學。2002年完成紀錄片「病房85033」，為國內第一部探討醫療糾紛的紀錄片，並入選南方影展、一種凝視影展、2004台北電影節國際學生影展。目前正從事「社會變遷中的蘭嶼精神病現象—現代醫療、文化建構、與族群關係」的博士論文研究。



## 附錄

個案資料編號	觀察地點	性別	年齡	診斷
No.1 秋琴	安寧病房	女	42	乳癌
No.2 林先生	安寧病房	男	44	肝癌
No.3 何軍	安寧病房	男	78	肺癌
No.4 李媽媽	安寧病房	女	62	肺癌
No.5 唐燕	安寧病房	女	25	腦瘤
No.6 禎芬	安寧病房	女	43	胃癌
No.7 小蓓	安寧病房	女	34	乳癌
No.8 玉珊	安寧病房	女	46	子宮頸癌
No.9 胡爺爺	安寧病房	男	80	肝癌
No.10 林媽媽	安寧病房	女	57	十二指腸癌

個案編號	性別	結婚	年齡	學歷	診斷	是否曾採 中醫治療	民俗療法、偏方
No.11	男	已婚	22	高職	鼻咽癌	有	沒有
No.12	女	未婚	23	二專	平滑肌肉瘤	有(增加免疫)	沒有
No.13	女	已婚	50	大學	乳癌	有	石上柏、荷花的根燉豬胸
No.14	女	已婚	67	小學	乳癌	有(補元氣)	尿療法
No.15	女	已婚	62	小學	子宮頸癌	沒有	沒有
No.16	男	已婚	47	大學	鼻咽癌	有	靈芝、鯊魚軟骨、蓮見疫苗
No.17	女	已婚	43	碩士	乳癌	有	打坐、氣功
No.18	女	已婚	54	高中	乳癌	有	沒有
No.19	女	已婚	46	高職	鼻咽癌	沒有	蜂膠
No.20	女	已婚	33	大專	乳癌	沒有	沒有
No.21	男	已婚	60	國小	腎臟癌	沒有	靈芝水
No.22	女	未婚	37	大學	乳癌	沒有	小麥粉、靈芝
No.23	女	已婚	53	國小	子宮頸癌	有	未知
No.24	男	已婚	42	大學	鼻咽癌	有	沒有
No.25	女	已婚	50	師專	直腸癌	沒有	鯊魚軟骨
No.26	男	已婚	40	高中	直腸癌	沒有	呼吸放鬆
No.27	男	已婚	50	高中	直腸癌	沒有	百花舌草加半枝蓮
No.28	男	已婚	62	師專	直腸癌	有	沒有
No.29	女	已婚	44	高中	子宮頸癌	有(養身)	沒有
No.30	女	已婚	71	不識字	小腸癌	有(養身)	沒有
No.31	男	已婚	66	不識字	胸腺癌	有(強肝)	沒有
No.32	男	已婚	40	大學	鼻咽癌	有	靈芝



個案 編號	性別	結婚	年齡	學歷	診斷	是否曾採 中醫治療	民俗療法、偏方
No.33	女	已婚	42	專科	卵巢癌	有	沒有
No.34	男	已婚	58	專科	平滑肌肉瘤	沒有	生機飲食
No.35	男	已婚	62	國小	胰臟癌	沒有	生機飲食
No.36	女	已婚	71	師專	肝癌	有	靈芝





## 參考書目

- 王紫君、余安邦，1999，〈台灣女性的病痛經驗及其詮釋：身體、社會與成就〉。頁127-181，收錄於徐正光、林美容編，《人類學在台灣的發展：經驗研究篇》。台北：中央研究院民族學研究所。
- 成令方，2002，〈醫「用」關係的知識與權力〉。《台灣社會學》3: 11-71。
- 自立早報，1992，〈安寧病房的小故事〉。1月16日。
- 行政院衛生署編，2000，《中華民國89年衛生統計》。台北：行政院衛生署。（<http://www.wedar.com/library/10death.htm>）
- 余舜德，2000，〈食物冷熱系統、體驗與人類學研究：慈溪道場個案研究的意義〉。《中研院民族所集刊》89: 117-145。
- 吳庶深，1988，《對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探》。台中：東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 吳就君，1981，〈台灣地區居民社會醫療行為研究〉。《公共衛生》8(1): 25-49。
- 吳嘉苓，2001，〈空間、規訓與生產政治〉。《台灣大學社會學刊》29: 1-58。
- 林文源，1998，《TO BE OR NOT TO BE？長期病患的生活、身體經驗》。新竹：清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- 林佳靜，1996，〈為什麼病人不願意說痛〉。《安寧照顧會訊》21: 21。
- 林淑蓉，2002，〈精神疾病、藥物與身體經驗〉。論文發表於「醫療與文化學術研討會」，台北：中央研究院民族學研究所、台灣史研究所籌備處主辦，民國91年10月24至25日。



- 張珣，1983，〈台灣漢人的醫療體系和醫療行爲——一個台灣北部農村的醫學人類學研究〉。《中研院民族所集刊》56: 29-58。
- 張淑美，1989，〈兒童死亡概念發展之研究與其教育應用〉。高雄：國立高雄師範大學教育研究所碩士論文。
- 張菊惠、胡幼慧、張珣，1998，〈子宮切除前醫師告知內容的研究〉。《婦女與兩性學刊》9: 115-143。
- 張曉卉，2002，〈他們如何抗癌成功〉。《康健天下雜誌》41: 22-50。
- 陳敏峻，1997，〈癌症早期的防治〉。《癌症關懷季刊》2: 4-7。
- 陳榮基，2000，〈安寧療護展望與回顧〉。收錄於「安寧照顧基金會上課手冊」。
- 黃和美，1984，〈癌症末期病人心理反應之探討〉。台北：國防醫學院護理研究所碩士論文。
- 黃金麟，2000，〈歷史、身體與國家：近代中國身體形成1895-1973〉。台北：聯經。
- 黃鳳英，1994，〈癌症末期病人安寧照護需求之推估〉。嘉義：中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 蔡友月，1996，〈現代社會對死亡的省思：以癌症病人為個案剖析垂死歷程醫療化之影響〉。台中：東海大學社會學研究所碩士論文。
- 蔡友月，1998，〈最後一段旅程——剖析癌症病人在醫院的垂死歷程〉。《中華心理衛生學刊》31(3): 1-26。
- 蔡秀錦，1991，〈城鄉學童死亡之概念、焦慮度及教育需求之研究〉。台北：國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 鍾昌宏，2001，〈婦女的安寧療護〉。《安寧照顧會訊》43: 77-79。
- 顏學誠，2002，〈內丹身體的知覺：兼論幾個身體研究的取向〉。頁149-173，論文發表於「醫療與文化學術研討會」，台北：中央研究



院民族學研究所、台灣史研究所籌備處主辦，民國91年10月24至25日。

Armstrong, David, 1983, *The Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Armstrong, David, 2002, *A New History of Identity: A Sociology of Medical Knowledge*. New York: Palgrave.

Bordo, Susan, 1993, *Unbearable Weight: Feminism Western Culture and the Body*. Berkeley, CA: University of California Press.

Csordas, Thomas J., 1990, "Embodiment as a Paradigm for Anthropology." *Ethos* 18: 5-47.

Douglas, Mary, 1973, *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel, 1973, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.

Foucault, Michel, 1978, *The History of Sexuality: An Introduction, Volume 1*. New York: Random House.

Frank, Arthur W., 1991, "For a Sociology of the Body: An Analytical Review." Pp. 36-102 in *The Body, Social Process and Cultural Theory*, edited by Mike Featherstone, Mike Hepworth and Bryan S. Turner. London: Sage.

Freund, Peter E. S., 1982, *The Civilized Body: Social Domination, Control, and Health*. Philadelphia, PA: Temple University Press.

Garro, Linda C., 1992, "Chronic Illness and the Construction of Narratives." Pp. 100-137 in *Pain as Human Experience: An Anthropological*





- Perspective*, edited by Mary-Jo DelVecchio Good, Paul E. Brodwin, Byron J. Good. and Arthur Kleiman. Berkeley, CA: University of California Press.
- Goffman, Erving, 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, Erving, 1963, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Good, Byron J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jackson, Jean, 1992, "After a While No One Believes You: Real and Unreal Chronic Pain." Pp. 138-168 in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Mary-Jo DelVecchio Good, Paul E. Brodwin, Byron J. Good. and Arthur Kleiman. Berkeley, CA: University of California Press.
- Johnson, Mark, 1999, "Embodied Reason." Pp. 81-102 in *Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture*, edited by Gail Weiss and Honi Fern Haber. NY: Routledge.
- Kleinman, Arthur, 1980, *Patient and Healer in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur, 1999, *The Tanner Lectures on Human Values*. Salt Lake City, UT: University of Utah Press.



- Lambek, Micheal, 1998, "Body and Mind in Mind, Body and Mind in Body: Some Anthropological Interventions in a Long Conversation." Pp. 103-126 in *Bodies and Persons: Comparative Perspectives From Africa and Melanesia*, edited by Michael Lambek and Andrew Strathern. New York: Cambridge University Press.
- Leder, Drew, 1992, "A Tale of Two Body." Pp. 17-36 in *The Body in Medical Thought and Practice*, edited by Drew Leder. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Merleau-Ponty, Maurice, 1964, *The Primacy of Perception: And Other Essays on Phenomenological Psychology, the Philosophy of Art, History, and Politics*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Merleau-Ponty, Maurice, 1976, *Phenomenology of Perception*, translated by Colin Smith. London: Humanities Press.
- Morris, David B., 1998, *Illness and Culture in Postmodern Age*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Paradis, Lenora Finn, 1985, *Hospice Handbook: A Guide for Managers and Planners*. Rockville, MD: Aspen Publication.
- Saunders, Cicely, 1980, "Caring to the End." *Nursing Mirror* 151(12): 52-53.
- Seale, Clive, 1998, *Constructing Death: The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Shilling, Chris, 1993, *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Sontag, Susan, 1978, *Illness as Metaphor*. New York: Vintage Books.
- Turner, Bryan S., 1984, *The Body and Society*. London: Sage.
- Turner, Bryan S., 1992, *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

