

## 台灣民間信仰之民俗醫療

張珣

中央研究院民族學研究所

2002/3/13

- 一、文化相對論與醫療相對論
- 二、民俗醫療的定義與研究法
- 三、台灣的民俗醫療
- 四、民間信仰的民俗醫療案例
- 五、結論

### 一、文化相對論與醫療相對論

「文化」在人類學中是個很重要的概念。一個社會內所有成員的行為均受文化指導，受文化制約。文化有廣義的定義，有狹義的定義。狹義的是指一個社會文化中的價值規範與精神倫理，它是一切行為的準繩。廣義的也就是人類學家常用的，是指一群人的生活方式，包括一切食、衣、住、行、精神、物質之總體。任何人均生活於文化中，均屬於「文化人」，現在再也無「自然人」，凡是人類創造的一切均可稱之為文化。因此人只有生活在簡單或複雜的文化下之區分，而絕無任何一個人生活於無文化狀態之下。

「文化」是相對於本能的、天生的、遺傳的、絕對的特性，而具有相對的、後天的、學習的特性。因此，文化是可以傳播的，可改變的，可研究的，有組織條理的一套系統，是幫助人類生存的工具。凡人一生下來，即須學習其生活環境內之文化，諸如飲食方式，待人接物方式，語言表達方式，謀生取食方式，團體生活方式等，乃至於學習宗教神明祭祀之觀念，道德倫理價值標準，以及健康疾病的知識等等。待這一切觀念與行為皆具備於心，而能運用自如了，方可稱此人為「人」。亦即，此人具有生活能力，此人為社會所接受。相反的，若一個人，在學習過程中有所障礙，或未完全習得「文化」，他的舉止言行處處與社會內其它人員相抵觸，他的價值觀念與社會其它人相違悖，那他便無法或必是很難於此社會中生存。因此「文化」是學習來的，是後天的，而不是生下來具有的。

文化既是學習來的，便不是絕對的，不可改變的，或唯一的，因此文化便有

時間或空間上之限制，跳離開某一時空範圍便可以有不同之「文化」。如前所述，文化是指一群人的生活方式，「一群人」可以是血緣上相近之一群人，如「雅利安人」，可以是地緣上之一群人，如「中國人」，可以是共同信仰一位神明的一群人如「伊斯蘭教國家」，不同的一群人便可有不同的文化。「群」可大可小，可等於平常用的國家、民族、種族、氏族，也可等於平常用的某一年齡層的人，如「青年文化」，指的是青年人間的特別觀念與行爲。如「婦女文化」，指的是婦女們特有的生活方式。不是該文化下的人便不具有該文化之特性，例如不是青年便不會熟悉青年文化之行爲與價值標準。因此不同的一群人，便有不同之行爲標準；不同的一群人便須學習不同的文化。因此文化標準不是絕對的，不是唯一的。「文化」在人類學中如果沒有特別說明，通常指的是「種族」範圍的生活方式，如雅美族文化，美洲印第安文化，南美馬雅文化，包括的是該族人之語言、風俗習慣、行爲方式、生活方式等。因此文化(Culture)是可以數的普通名詞，可以是多個文化(Cultures)；也可以是不可數的專有名詞，如中國文化(Chinese Culture)。

文化既是相對的、可學習的、後天的、可改變的，則凡文化之行爲均同樣具有此些特性。亦即醫療行爲也是相對的、可學習的、可改變的。亦即此地區，此時代的醫療行爲必異於其它地區，其它時代之醫療行爲，而沒有一個絕對的，自古不變的，放諸四海皆準的醫療觀念與行爲。西方的醫療觀念與行爲經由現代學校教育早爲我們熟稔，醫療人類學盡力探討的是非西方的醫療觀念與行爲，用它來與西方的醫療觀念與行爲作比較研究。醫療人類學有三個基本假定是人類學家在從事醫療行爲研究時共同具有之認知：

- (1) 疾病是生活中共同的事實，每個社會均有疾病。
- (2) 對疾病之看法，是因不同社會而有不同看法，並非絕對的、客觀的。
- (3) 對疾病之看法，與該社會之社會文化有密切關係。

疾病是凡人類社會均有的，人類生活於自然環境中，不能適應自如的因素均可發而爲疾病，如不適宜之氣溫、氣壓、空氣、水源。但是否將這些身體之不適視爲疾病，則因社會而異。亦即引起人體不適之感覺，並非必爲疾病。例如在菲律賓的熱帶雨林區中，濕熱的氣候適合各種感染菌之生長，當地土人對皮膚病非常注意，其對皮膚病之分類因此非常仔細，種類多達二百多種。然而在非洲沙漠，乾燥氣候減少了皮膚病的感染機會，土人對引起病感的皮膚病小心處理，其它之皮膚感染均不視爲須加以治療之病。雖如此，每個社會之差別，只在疾病種類之多少，並無一社會無疾病之定義或認識。在土著社會，每個巫師兼行處理的除了部落中宗教事物外，絕大部份便是部落成員的病痛問題。然而，雖均有疾病之認識，其認識態度，對疾病之分類，對健康與疾病之分野與定義，對疾病之命名、診斷、病因解釋、治療方式、預後根據、預防方法卻因社會而異。這一整個對疾病的處理過程，人類學家稱之爲醫療體系。不同的醫療體系，其對疾病之認知、解釋、處理方式便不同。

這套醫療體系包括了醫療觀念與醫療行爲。與「文化」相同的，醫療體系也是相對的、後天的、學習的、可改變的而不是絕對的、唯一的、普遍的。一個人如果在成長過程，習得了某一套醫療觀念與行爲，便使他以後一生，對疾病與健康有了一套固定的知識。這套知識，如同宗教信仰般，指導著他對生病之態度與處理方法，說其宗教信仰，因為醫療觀念也是一種信仰，你相信它時，整個人身心便完全配合它行動。稱其爲信仰，也意謂著生病並非絕對客觀之人體器官功能的問題，而是參雜有很強的心理的、主觀的感受在。稱其爲信仰，亦指其可以轉信，改變原來之信仰，而接受新的一套，雖然信仰的改變比較難，比較慢，但仍是可以改變的。

前述醫療體系包括觀念與行爲兩部份。觀念部份如：(1)對健康與疾病之分野與定義；一般人對健康之定義，並非醫學上重視的「健康爲身體的、心理的、及社會的一種完全安寧幸福的狀況，不僅是沒有疾病或衰弱而已。」而是身體沒有病痛，吃得下、睡得著便是健康；一般人認爲疾病必是有異常之病痛、出血、人倦、不食、不睡等等。另外有些癥象雖異於平日身體狀況，但一般人卻不稱之爲疾病。例如台灣漢人觀念中，小兒出麻疹並非病，因爲出麻疹是每個小兒必經的身體轉變過程，出完麻疹，小兒可抽骨長高，是邁向生長的必經階段。至於是病痛，但其嚴重性是否到達要吃藥，看醫生的程度？抑或觀察幾天，休息幾天即可？又有差異。(2) 對疾病之認知：當病痛不屬於平常身體應有之情況，當病痛引起人體不適，不能從事平常的工作，影響個人生活了，個人認爲是非常之情況，社會上其他人也認爲是不應該有的現象，則認爲此人處於非常之情況了。對疾病的認知與敏感度，當然與該社會之醫藥水準有密切關係，在醫藥不發達之社會，不應有之出血，可能不被警覺到，不爲人所認知。如血便或女子陰道不正常出血等，也就不被以爲是病。(3)對疾病之命名：有些病痛，已被該社會之人所認知，但尚未發展出一套處理方法，尚未給與名稱，尚未對此病痛有充分瞭解與把握。因此對疾病的命名，或說是診斷時能給病人的病痛一個病名是很重要的，表示醫者熟知此種病痛，此病痛亦有別人患過，此病痛可加以處理醫治，而非不知名的絕症。也因此一個醫療體系越發達，其對病痛之命名也越詳細。(4)對疾病之分類：不同社會對疾病之分類標準或分類之粗細有不同，前述皮膚病在菲律賓的分類可多達二百多種，在非洲沙漠區則僅十餘種。分類標準可依身體系統而分，例如區分內分泌系統、腦及神經系、消化系、皮膚及性病；可依病因而加以區分，例如物理性病因引起之病、化學性病因之病、寄生體病因之病、原因不明之病；而台灣民間疾病分類還可有依服藥方式來作分類，如煎煮方的、外敷膏藥、推拿按摩的等等；蘇門答臘的 Rejang 人則依年齡、性別來區分疾病種類。(5)疾病之病因解釋：並非如西方醫學以細菌感染，器官功能失調，遺傳等來解釋疾病原因。很多社會之醫療觀念中，以鬼神超自然力作爲病因之解釋，以個人行爲不正當遭受處罰，以遭別人施加巫術爲病因，以個人命運中一定時機合該遭不幸等等來解

釋疾病之因。這類病因常解決的是「為什麼」生病的疑問，而不是西方醫學中解決「什麼」是疾病的疑問。「為什麼是我生病？」「為什麼是這個時候生病？」的疑問在一般社會來說大於病變形成原因的疑惑。因此大部份社會之病因亦多針對病人之疑惑而提出解釋，而非針對醫者處理疾病之立場來提出解釋。

以上為屬於醫療體系中觀念的部份，另外行為的部份如：(6)對疾病之診斷；診斷之方式與工具有如中國傳統中醫之望聞問切，有西醫之聽診、觸診、問診、叩診、驗血、驗尿等病理檢查及組織檢查來判斷疾病；有土著社會之利用占卜、託夢、神明附身等，其中占卜種類又有很多種。(7)治療方式：有草藥、有靜坐、有宗教化解、有驅鬼避邪、有淨身、有作巫術、有懺悔、亦有開刀、開頭術等等。治療方式大都針對病因解釋，以去除病因為主。因此宗教性之病因其治療方式亦都偏向宗教性儀式治療。土著固然也有草藥，外敷內服等實際治療方式，但此一部份僅佔治療過程之小部分，大部份均針對病人心裡作去邪、化解、除疑之儀式。(8)預防方法：亦是以避開致病因為主，如平時端正個人行為操守，敬奉神明，遵守社會道德規範，禁食某些食物，補身補藥之使用等等，而比較少是強調環境衛生，飲食清潔，水源潔淨等。

以上所述醫療體系其觀念與行為均因不同社會而有不同，每一套醫療體系其內之組織與理論均相當圓融，給與社會一個對付疾病之最佳方式，幫助社會中的每一個人於自然生態環境中生存並維持下去，每個社會長久以來，各自發展出的那套醫療體系必有其價值與實用性，為社會成員所遵守，代代相傳。因此醫療人類學家認為世界上每一個文化內之醫療體系均有其值得保存或學習之處，也均值得研究，而以之來與西方的現代生物醫學體系作對比，提供參考。台灣的民間信仰內所含有的一些醫療觀念與行為也因此是值得我們注意的。

## 二、民俗醫療的定義與研究法

民俗醫療的研究是醫療人類學（Medical Anthropology）的一部份。民俗醫療的定義，同樣的也可以有狹義與廣義兩個。狹義的是：「非西方科學的、土著(當地人)自行發展出來的一套固定而完整的信仰與行為，包括對疾病的認知、命名、分類、病因解釋、治療、預防等過程。」在這個定義下，著重的是一般俗民大眾不成文的、口耳相傳的、非專業性的醫療知識和行為，諸如台灣民間的草藥方、家庭內傳承的秘方及產婆、先生媽等人的知識等。廣義的民俗醫療則可包含宗教醫療。亦即西醫、中醫以外，民眾使用的醫療均可涵蓋在內，包括宗教與非宗教的。那麼一般常見的乩童、扶乩、尪姨、關落陰、算命、看相、卜卦、收驚、道士、風水、抽詩籤、抽藥籤、拜神、符水等均可謂民俗醫療。

民俗醫療漸為學界人士注意是近幾十年之事。以往在醫學史或一般歷史研究

中，只著重成文的、有系統的主流醫學思想，而忽視一般俗民大眾零碎散漫、不成文的醫藥信仰。西方醫學史在介紹世界各地、非西方的醫學思想時，也偏重當地的主流醫學如中國醫學、波斯醫學、印度醫學、埃及醫學等，而不涉及當地的俗民醫學。在追溯西方醫學史時，亦僅注意學者的、學院的、圖書館裡的、醫院裡的醫學發展，而不提民眾的醫藥觀念的演變。事實上，民俗醫療應該是最初步、最基本的人類醫療信仰與行為，應該是各文化主流醫學思想的起源。追溯民俗醫療如何蛻變成後來的成熟的醫學思想，應是一件有意義的工作。而學院醫學與民俗醫學之間的互動，民眾如何接受學院醫學的觀念？如何配合學院醫學的要求？學院醫學在推行時碰到什麼阻礙？學院醫學如何輔導民眾的醫藥觀念？這些也都是相當有價值的研究。

那麼民俗醫療既然是不成文的、口耳相傳的信仰與行為，人類學家如何研究？人類學家便以自己的口耳去尋找、訪問、觀察、記錄、撰寫、並嘗試建構出民眾的那套習以為常、不見經傳的知識。這一套收集資料的方法就稱作「田野調查法」( Fieldwork Study )。因此人類學家關心的主題一向是文化裡的俗民文化 ( folk culture )，而非精緻文化 ( refined culture )，注意的是社會上的俗民大眾 ( folk ) 而非知識份子 ( elite )。如果把文化傳統分大傳統 ( great tradition ) 與小傳統 ( little tradition )，一般的歷史學家、政治學家、法律學家、經濟學家研究的是大傳統，是成文的、高級的、修飾過的、主流的、正統的文化現象；而人類學家感興趣的則是稗官野史、市井小民、粗糙的、不入流的小傳統文化現象。此乃因為人類學這門學問成立之初便是研究世界各個原始民族、初民部落 ( primitive tribe )，於歐美文明來說是少數民族，是邊緣地區，是末稍文化。等這些原始民族經過歐美文明的洗禮與衝擊，日漸現代化，西化後，人類學家便轉移陣地，研究本國文化中的少數民族、次文化、小傳統等，用來反映當權份子、主流文化，並且反省文化走向。舉凡俗民大眾的一切生活習慣、信仰觀念均在人類學家的研究範圍內，包括宗教信仰、禮俗儀式、輿論訴訟、鄉民社會組織、經濟交易行為、生產活動、兒童養育等。而俗民大眾對疾病的處理、對健康的定義等這套醫療觀念與行為的研究，也就成為醫療人類學家興趣所在了。

### 三、 台灣的民俗醫療

台灣目前的醫療體系 ( medical systems ) 是多元的，大部份中外學者均同意台灣目前至少是三套醫療體系並存的：傳統中醫、西方醫學、與民俗醫療。三套醫療各自成其一家之說，各有其病因論、病名、分類、診斷、治療、預後、預防的方法。因此稱多元 ( 三元 ) 醫療體系。這三元醫療體系在台灣並存是有其歷史原因的。

台灣居民多來自閩粵，所以一般俗民醫療的信仰與習慣也多承襲閩粵遺風。

台灣省通志的政事志衛生篇即有記載：「南北淡水均屬瘴鄉 -----北淡水之瘴，瘠黝而黃，脾泄爲痞，爲鼓脹；蓋陰氣過盛，山嵐海露鬱蒸，中之也深，又或睡起醉眠，感風而發，故治多不起，要節飲食、薄滋味，慎起居 ----。而諸志又載：俗素尚巫，疾病則令禳之。又有非僧非道，名客子師(即紅頭司公)，攜一撮米，往占病者，謂之米卦，稱神說鬼，鄉人爲其所愚 ----。」足見當初即有道教等之宗教醫療人員替民眾治病。移民開發過程中歷經渡海的危險，及登陸後開疆闢土，漢人與原住民爭地，到後期定居後的族群械鬥，漳泉客劃地分居等時期，宗教一直是移民的憑依來源。醫療上也因當時醫藥缺乏而或是民眾自行處理(如文中提的節飲食、薄滋味、慎起居)，或由宗教人員(紅頭司公)行米卦來處理。

傳統中醫來台應也頗早，但人數不會太多，方志上很少提及。僅1897年，日本政府對全台從事傳統醫療的人員作一統計，共有1070人。其中博通醫書，講究方脈者29人；以儒者從事醫療者91人；自稱操祖傳秘方行醫者97人；稍有文字修養，從醫家傳習若干方劑者829人(陳勝崑 1982:121)。西方醫學傳入台灣相當晚，1865年英國蘇格蘭長老教會派遣 James L. Maxwell 及 C. Douglas 來台於台南行醫。是台灣西醫學傳入之先鋒，但遭受官府及百姓之懷疑與反對，時常有民教衝突事情發生。1877年馬偕醫師在北台灣行醫，先後在五股坑、和尚洲、新店、三重埔、雞籠、大龍峒、錫口(松山)建立佈教所並行醫(陳勝崑 1978:129)。以民眾傳統信仰濃厚及排斥西洋教的情況下，西醫的使用機會也應有限。

1895年日本統治台灣，1895年6月於台北設台灣病院，1897年設台灣人醫師養成所，1899年成立台灣總督府醫學院。是日人全面推行西醫政策之始。日人大力推行西醫企圖建立一套單一的醫療體系。嚴禁民俗醫療及密醫之使用。嚴格考核中醫。1901年舉行一次中醫師合格資格考試，應考者2126人。考試及格者1097人，未經考試即給與許可者650人，考試不及格，給與同情許可者156人，共計2003人，於翌年由各地方廳頒給醫生資格許可証，之後即不再舉行考試亦不再頒發新許可証。所以其後中醫師們因死亡老廢等，逐年減少，1945年全台僅30 - 40個合法中醫師(陳勝崑 1982:121)。

但日人想在台灣建立一套單行的西醫制度，並未被光復後由中國大陸來的國民政府承繼下來。國民政府基於國情需求，解除日人對中醫及密醫之禁令，同時也未嚴禁一些傳統民俗醫及密醫之執業。這政策使台灣有多元醫療體系並行，只是公家機關或公立醫學院只推行西醫，但中醫及民俗醫也獲得生存空間(Unschuld 1976:302)。80年代許多醫學院也相繼成立中醫學系，大型綜合醫院也設立中醫部門應診，公勞健保也補助民眾尋找中醫治療。目前僅有民俗醫療尚未被正式接受。

結構因素上，中、西、民俗醫三者可鼎足而立亦因其各有擅長。民間咸信「要

神也要人」。三者對疾病的說明和處理有上中下三個層次。在民眾觀念中，一個人會生病有其一連串身體、心理、心靈之運作過程。人先有行為不正或觸犯神明→身心不平衡→易使外界有害之物質侵入→引發肉體上病痛。西醫負責的是肉體上病痛的去處，中醫擅長在恢復體內陰陽平衡協調，而民俗宗教醫則在與鬼神談和去處最本致病因。

至於通常疾病來臨時，民眾如何判斷找尋那一種醫療方式呢？筆者在北縣深坑鄉的田野調查中，歸納大約有以下幾個因素判準：1.症狀的類型及嚴重度，2.疾病發展過程，3.對該病的病因觀，4.對已作過之醫療方式的評價，5.病人的年齡、性別、職業、教育、家庭結構、病人在家中地位，6.病人家庭的社會經濟地位，7.病人的人際關係網絡及意見團體，8、對三種醫療法之知識，9.居住城市或鄉村的位置地點，以及住家附近醫療院所的便利可接近性等因素(另外可參考Kleinman 1980)。

#### 四、民間信仰的民俗醫療案例

在台灣眾多種類五花八門的民俗醫療法中，本節先舉最常見的收驚法來說明民眾的民俗醫療觀念，以及民俗醫療從業人員如何滿足民眾的醫療需求。其次舉例說明民間信仰中身體有「陰」與「陽」兩個互相對照影響的說法，對於疾病的醫治也因此要陰陽兼治。

我們常可聽到憂心忡忡的母親向收驚婆訴說：小兒吐奶、拉綠便、夜啼不止。有的更進一步說小兒陰陽顛倒，日夜反轉，白天睡，晚上哭，看著空中哭，或哭聲淒厲等。輕則可能一兩天，重則可延續數天不止。有這些症狀的小兒一般民眾毫無疑問會說小兒受到驚嚇(得驚)。得驚的原因很多，常見的譬如看到黑影、凶狗、或聽到狗突然吠的聲音、打雷聲、關門聲、人吆喝聲、或是如小兒跌倒、從床上跌落。人們相信這些突如其來的影像或聲響使小兒身上的三魂七魄受到驚嚇，而有部份魂魄跑到體外。跑到體外的魂魄好似貪玩的小孩一般，不認識路回家，越走越遠，有的滯留在某地不回小孩身體，有的嚴重的，則可能被惡魔吃掉或拘提而無法回來。小兒身體由於少了部份魂魄，處於不安穩狀態，所以才不吃奶、夜啼、拉綠便的症狀。若長期魂魄不回來肉體，則小兒會有更嚴重症狀，例如不認父母、對空中傻笑等。

得驚的小兒，輕則找收驚婆收驚，重則要請道士收魂(張珣 1993,1994)。簡單的收驚儀式可於一般人家中進行，只要在有供奉神明的公廳神桌前，燃三枝香拜神佛，呼叫小兒名字，請神佛保佑之。再於小兒頭中央以香揮十二下，收驚人一邊用力跺腳，一邊念咒：「娃仔不驚，豬狗驚，吃百二(歲)，好餵飼」，再於小兒胸前用香揮十二下，同樣用力以腳跺地，再念咒語一遍。再於小兒背後以香揮

十二下，以腳蹠地並念咒。再將三枝香插於神佛香爐中。接著，以一小碗盛水，拍打一些上述三枝香的香灰於水碗中，將碗於香枝上繞三圈，並念咒：「勿驚、勿嚇、好睏、好飼」。然後給小兒喝三口水。再以手指沾水拍於小兒頭中央、胸前、背後。並蹠腳同時念咒「娃仔不驚，豬仔狗仔驚，吃百二，好餵飼」。將水碗中的剩水倒於水溝，勿倒於地面上以防止人踐踏之。

收驚婆、米卦、金錢卦甚至閩山派道士均各有一套為小兒以及為大人收驚的方法，簡繁不一，但目的均將病人走失的三魂七魄找回並安置於病人體內以恢復正常。驚嚇的症狀及治療法不只見於台灣的調查，文獻上華北華南各地均有。可說是中國文化中普遍的一個「文化症候群」(cultural syndromes)。它帶有豐富的中國人對魂魄的觀念，魂魄與身體的結合關係等。得驚的病人不只外表身體症狀引人注意而加以治療，也經由收驚儀式調整病人週遭的家庭人際相處模式，得驚的人通常也是需要受到特別關照的人。在西方醫學來看，小兒的得驚可以是輕的急性腸炎，或幼兒的交感神經系統尚未發育穩定，而大人的得驚則多數可視之為“精神官能症”(neurosis)。西醫的處理方法可以使用藥物，而完全不涉及宗教或靈魂等層面。因此民俗療法中的收驚法，以及針對「驚嚇」發展出的症狀識別、病因解釋等便充滿了中國本土的人情與信仰。

美國女人類學家Emily Ahern 教授在三峽做田野調查，當地人認為陰間的身體也要修補才會健康。當地人相信：1、身體的冷熱兩種成分一定要維持平衡，2、陽世間的人體與陰間的身體有相對應的關係。首先，關於身體的冷熱元素要達到平衡方面，民間相信藉由每日攝取的食物（例如多數的蔬果類是冷的，多數的肉類是熱的），以及由日常活動（例如結婚喜慶活動是熱的，喪葬探病活動是冷的）的冷熱平衡來達到身體的冷熱平衡。

其次，關於陰陽兩個身體方面。民間信仰中相信人在陽間有一個可見的肉體，在陰間則有一個看不見的肉體，以樹或房子的形狀存在。二者是聲氣相通互相影響的。三峽地區有一位神媒可以行「關落陰」儀式，幫村民到陰間去看看死去的親人，也可以照顧陰間的房子或樹木。房子屋頂等於人的頭，牆等於人的皮膚。因此，如果屋頂破了漏水，或牆破了吹風，則陽間的身體也會相對應的頭痛或皮膚染病。一個人如果病了，除了看醫生治療陽間的身體。另外，也可以請神媒到陰間為病人修補陰間的房子或樹木，如此一來身體才會真正的痊癒。

## 五、結論

民間流行的一句話「要人也要神」。意思是一個人如果生病了，除了看醫生吃藥，還要請神明幫忙，把身體真正致病原因去除，才是徹底的醫治好疾病。這句話背後是民間信仰中深層的「身體觀」、「疾病觀」以及「健康觀」，三者之間



呈現理性的邏輯因果關係，而使民眾的求醫行為可以被人理解。「身體觀」指的是人的身體不是只有表面看得見的肉體，還有一個看不見的身體，在現代醫學或宗教學來說可以是心靈，或精神意識層面的部分，在民間信仰則以房子或樹木來象徵。與這樣的身體觀連結的「疾病觀」相信人之所以會生病，可以是看得見的外傷或傳染，也可以是看不見的心理挫折、焦慮、悲傷等情緒，或甚至是人際關係惡化破裂等等，這些難以言喻的原因，以「陰間的身體」來象徵，卻因為有神明來指示，使病患改善其工作或家庭人際關係，改善其人生觀、情緒或生活方式，而使病情減緩。因此，民間信仰的「健康觀」指的是人的可見（陽）與不可見（陰）的身體均要達到平衡。可見的身體固然要衣食住行加以照顧妥當，不可見的身體也要依靠平時行善拜神以及待人處事和諧來加以照顧。因此民間信仰的民俗醫療，不是只是一套醫療方法，更是一套涵蓋個人身、心、靈三方面均照顧到的信仰體系。

#### 參考書目

陳勝崑

1978 《近代醫學在中國》。台北：當代醫學。

1982 《醫學心理與民俗》。台北：健康世界。

張珣

1993 〈台灣漢人收驚儀式與魂魄觀〉，收錄於黃應貴編《人觀、意義與社會》，頁 207-232。台北中央研就院民族學研究所出版。

1994 《疾病與文化》。台北：稻鄉出版社。

1996 〈民俗醫療與文化症候群〉，《歷史月刊》96 期，頁 50-54。

Kleinman, A.

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Unschuld, P. U.

1976 “Social organization and ecology of medicine in Taiwan,” in C. Leslie ed. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, pp300-316. Berkeley: University of California Press.

## 作者簡歷

張珣

學歷：台灣大學人類學碩士

美國加州大學柏克萊校區人類學博士

現職：中央研究院民族學研究所研究員

代表作：1、《疾病與文化》。1994，台北：稻鄉出版社。第二版。

2、〈道教與民間醫療文化—以著驚症候群為例〉，收錄於李豐楙、朱榮貴編，1996，《儀式、廟會與社區》，頁 427-458。台北：中研院文哲所籌備處出版

3、〈幾種道經中對女人身體描述之初探〉，收錄於李豐楙、朱榮貴編，1997，《性別、神格與台灣宗教論述》，頁 23-47。台北：中研院文哲所籌備處出版。

4、〈婦女與醫療：對本土女療者的另類思考〉，《國科會研究彙刊：人文及社會科學》11（2）：126-134。