

行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告

治療骨骼肌肉疾患醫療執業人員的專業性與彼此間的互動：一個對台灣醫療多元性的探討

Professionalism of and Interaction between Medical Practitioners Who Provide Care for Musculoskeletal Disorders:

A Study of Medical Pluralism in Taiwan.

計劃編號：NSC89-2412-H-002-008

執行期限：自民國八十八年八月一日至民國八十九年七月三十一日

主持人：丁志音副教授

執行機構：台灣大學公共衛生學系

共同主持人：張恆鴻院長

執行機構：台北市立中醫院

協同主持人：季瑋珠教授

執行機構：台灣大學醫學院附設醫院

E-MAIL：Chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

一、中文摘要

本研究以治療骨骼肌肉疾患之市場為例，試圖由其中各類執業人員的專業性來了解台灣地區醫療多元性的特質。主要研究資料來自於對西醫次體系中的骨科與復建科醫師及復建師、中醫體系中的中醫傷科醫師與推拿技術員、以及民俗療法的國術館拳頭師傅所進行的深度訪談。所得重要結果如下：(1) 國家衛生政策不僅對各次體系「市場佔有率」之消長有直接影響，更衝擊著執業人員的專業地位，甚至導致一個古老醫療行業(國術館接骨師或拳頭師傅)的沒落，及一個原先弱勢行業(中醫傷科)的興盛 (2) 各次體系間並無轉診或轉介關係，全憑民眾自行選擇，但中醫及民俗療法之人員對創傷性患者則較無診療能力，(3) 即使屬於同一次體系的人員，彼此間亦會因訓練養成 (如學院派中醫師 vs. 特考中醫師)、專科性質與健保給付 (如骨科醫師 vs. 復健科醫師)、專業資格與地位 (如復健科醫師 vs. 復健師)之差異而有競爭、衝突的現象，(4) 國家政策之改變與民眾的需求所形成之市場誘因，導致新的、大規模的結盟或合作關係 (有中醫師執照但無傷科訓練之中醫師與無執照但具技能之推拿技術員)，而使兩方間存在著微妙的

互動，影響最大的是專業的權威，(5) 同時接受傳統與西方醫學洗禮者(如學院派中醫傷科醫師)，正積極整合兩個醫學傳統的理論與技術，並試圖應用於診療上，但往往囿於法令之規定(中醫師不得使用儀器於診療中)而無法全然施展。

關鍵字：醫療專業性、衛生政策、肌肉骨骼疾患、醫療多元化

二、緣由與目的

醫療多元性 (medical pluralism) 是一個普遍的現象，而多元健康照護體系中各部門間的互動及依存或消長關係，一直是醫學社會學及人類學家所關注的議題[1-3]。本研究以骨骼肌肉疾患相關之診療為例，探討當今台灣多元健康照護體系中，各次體系間與體系內的診療者類型、其執業行為、專業認同及彼此間的互動情形。希望藉由此種類似生態學的檢視，掌握醫療多元性的本質，也更能進一步反省專業優勢 (professional dominance) 與獨占性 (monopoly)、專業權威 (authority) 與自主性 (autonomy) [4,5]的理論意涵與應用價值。

本研究共觀察三個次體系：西醫、中醫及民俗醫，包括西醫骨科與復建科醫師

及復健師、中醫傷科醫師、及民俗療法之拳頭師傅。試圖初步掌握此一特殊之醫療市場之形貌及不同組成份子（次體系）的特色。

以下結果乃根據 8 位中醫傷科醫師、5 位西醫骨科醫師、3 位復健科醫師及 7 位國術館拳頭師傅的訪談資料分析而成。由於對西醫復健師的訪談及對民俗醫療的推拿技術員的資料分析尚未完成，因此無法納入下列的結果中。

三、結果與討論

訓練及養成

就制度化的訓練觀點而言，以西醫體系的兩個科別訓練最為制度化；拳頭師傅的則最為個別化，是傳統的拜師學藝。老一輩 70 來歲以上的拳頭師傅是自小追隨師父，先經生活磨練才能正式學藝，中生代（40、50 歲）則多來自祖上（多為父親）的傳承。至於中醫傷科訓練及養成則最為紛歧。首先，中國醫藥學院中醫系畢業的學院派中醫師在中醫為主西醫為輔的訓練中，本就對骨骼肌肉神經解剖及生理現象有所瞭解；然而特考中醫師則未必有這方面的基本知識。其次，在學院派的中醫師中，較年輕的一輩（二、三十歲）多曾接受較完整的住院醫師訓練，然而在醫院（尤其是中國醫藥學院附設醫院、長庚醫院、台北市立和平醫院等）中提供此訓練的傷科主治醫師，卻皆以「自行摸索」、「自行整合資源」的方式習得傷科理論與技能。最主要的原因是中國醫藥學院中醫系並無傷科訓練，早期有志於此一次專業者，不是遠赴大陸拜師取經，便是在台灣追隨老一輩的師傅學藝，或甚至先轉到西醫部門接受骨科住院醫師訓練。至於特考中醫師雖有一般的生理解剖知識，但在理論基礎上恐怕與上述年輕一輩的拳頭師傅相距不

遠。

執業特質

一、診療範疇

雖然舉凡肌肉骨骼傷害、疼痛、異位等疾患皆為這些醫療人員所處理的範疇，但其間仍形成明確之分工現象。就西醫體系而言，骨科及復健科之間最大的分野在於手術處置的有無。復健與骨科本為同源，而後只有骨科醫師能執行而且也多半在執行手術治療（在台灣的大行醫院中尤其如此），稱為骨外科；而復健科則為骨內科。中醫傷科及拳頭師傅雖並無用手術進行治療，但其宣稱仍能處理一些骨折的疾患。二者所處理的問題，多為傷筋類，遠多於傷骨類，就這點而言，與復健科醫師所處理者極為類似，最常見者是「勞損」及「痠痛」。

西醫及其他非西醫在診療上最大的差異，在於對儀器的依賴。X 光、超音波、MRI，甚至 CT 可謂西醫診斷上的吃飯傢伙，醫師的能力展現在判讀結果上。不過由於上述中最價廉、使用最頻繁的 X 光較無法呈現軟組織的病變，因此骨科對軟組織的掌握較不精確，多由表面病徵或病人主訴來診斷。若無須由手術處理者，則轉介與復健科，也因此會讓一般人有傷筋/扭傷找西醫骨科沒啥助益的想法。

相對之下，中醫傷科、拳頭師傅則較少倚重儀器，而憑著望、問、觸摸進行診斷，尤其是完全不懂生理、解剖的拳頭師傅更是如此。倒是學院派中醫傷科醫師多少有判讀上述儀器檢驗結果的能力，在可能的情況中，亦作為診斷上的重要依據。不過囿於中醫師不得使用儀器之規定，病人需自行到其他科或私人檢驗所進行檢驗，將結果攜至中醫師處進行診斷。

在治療方面，西醫的復健科醫師本身是不親自執行治療的，其負責下醫令，而

後全然由復健師(物理或職能治療師)為之。骨科醫師則主要進行外科手術,手術後的復健亦由復健師為之。中醫傷科及拳頭師傅皆講求診療一貫,尤其後者在診療方面絕不假手他人(除了敷藥包紮之外)。二者在治療方面講求的是「手法」,完全憑力道及雙手進行矯治。不過本研究訪問的中醫傷科醫師全然獨立作業的並不多見,有的將治療工作全部(尤其是全無傷科訓練之中醫師),有的則是部分交予搭配的推拿技術員。此外,雖然衛生署的法令上禁止非西醫之推拿使用儀器,但其使用儀器(如紅外線、電療、水療等)已漸行普遍,尤其是大型私人中醫院或診所,而輔以拔罐、針灸者更常見,頗有中西合璧之意味。總之,儀器化已是骨骼肌肉疾患診療市場的趨勢。

二、輔助人員

在西醫部門,復健師是合法的輔助治療人員,其訓練過程極為制度化,納入國家教育體系,有政府認可之証照。但在中醫部分,作為輔助人員的推拿技術員(有的稱推拿師)卻有著相當模糊的地位及曖昧的角色。

據估計全國近 25000 名之推拿技術員絕大多數為短期訓練下的產物,訓練機構為私人補習班,或國家教育研究機構 - 中國醫藥研究所。後者定期舉辦推拿技術員之培訓,結訓後頒發教育部認可(但非衛生署認定)之一紙證書。據說培訓之內容除了「手法之外」,還包括基本的生理、解剖知識。推拿技術員與中醫傷科醫師間的關係完全視該醫師在傷科方面的專業背景而異。具有傷科訓練之中醫師和推拿技術員間為一合作式的從屬關係。在這樣的關係中,中醫師本身雖除了診斷及下處置外,亦進行一些關鍵性的整復、推拿工作。二者間的互動,可由分派推拿技術員只作一

些例行性的推拿整復甚至使用儀器,一直到由推拿技術員進行最主要的手法工作。也許最極端的例子是本身具有中醫師資格但毫無任何傷科訓練卻經營傷科診療之私人診所(某些大型醫院亦可見),所謂的傷科醫師只負責在前頭蓋章,所有的診療工作全交由後頭的推拿技術員處理。這樣的例子在健保開放傷科給付後,逐漸充斥著中醫市場。

專業形象及認同

這部分著重於專業人員如何看待自己及如何看待他人。值得注意的是在此所謂的專業認同事實上是由受訪者的角度視之,因此即使在同一次體系中,不同次專業的成員也許會對另一群「兄弟」成員有所攻訐,例如西醫體系中的骨科醫師 vs. 復健科醫師;或如中醫體系中的學院派傷科醫師 vs. 特考非傷科醫師。此外,對某些體系的成員而言,非屬於該次體的種種醫療人員皆屬「另類」,而未刻意去區分其中的差異。

首先在西醫體系中,骨科醫師對復健科醫師的「功能」及角色並未全然認同,不但對復健科醫師的訓練表示懷疑,更尤其對健保給予復健科的「優厚」給付極端不以為然。復健科醫師則認為骨科(尤其是大型醫院的骨科醫師),太重視外科手術,對病患的其他層面未予以充分的瞭解,醫病間互動少,一個診次動輒上百名病患。復健科醫師認為一個真正的骨科醫師其實本來就該有復健的訓練,是比較全面性的,台灣之所以二者分開發展(復健科由骨科分出)其實是有其特殊的歷史因素。矛盾的是,當醫院的復健科醫師有如上的評論時,開業的復健科醫師卻埋怨開業的骨科醫師「兼營」並非其專長的復健。不過基本上,復健科醫師更關切的是復健治療師的角色。在醫院服務的復健科醫師

和復健治療師之間存在著某些微妙的關係，認為自己的專業並未被復健師所肯定，認為復健師為了爭取專業地位及醫療資源，而採取了相當強勢的策略(例如拉攏骨科、自行開業)。不過，某些復健科醫師也認為復健科的發展面臨瓶頸，必須在養成教育及專業訓練上有進一步的突破，而非只是挑骨科醫師不願意做的做，甚至連復健師都不認同其專業功能。

而無論復健科醫師或骨科醫師，對中醫傷科診療或拳頭師傅之診療皆以「那些中醫」或「那些民俗療法」稱之，認為他們是同一類，源出同一體系。尤其是骨科醫師，對這類民俗或中醫療法至為輕蔑鄙視。最被詬病的即這些療法毫無學理根據，執業人員連最基本的解剖訓練亦無，如何瞭解問題之癥結？如此常因錯誤的輕率的診斷及侵入性極強的肌肉骨骼操弄而致惡化原有的症狀。另一個較普遍的批判，則是認為這些醫療者，自認為可處理的疾患並無極限，似乎什麼都可以處理。

而在西醫所謂的中醫或民俗醫體系中，國術館拳頭師傅，尤其是已凋零大半的老一輩師傅，其實是頗受到中醫師推崇的。即使是學院派傷科醫師亦認為在「手法上」及經驗上，其中不乏高人，可惜由於傳承的方式缺乏文字記載，加之以後繼無人，因此這些傳統的醫療資產流失頗速。而在拳頭師傅當中，中生代多因家學淵源而以此為業，由於接受過西方教育薰陶，因此也會自修西方醫學的一些理論，除了覺得可增進自己的執業技能之外，主要還在於便於和年輕一代的病患以較現代化的術語溝通。

老一輩的拳頭師傅則流露著極濃厚的悲涼、感嘆及無奈。他們可謂健保體制下最被打擊的一群。他們對自己的功夫及傳承頗為自豪，認為和當今年輕一代的各類

診療者比較，自己所接受的順練是紮實的、是經過歲月挑戰的，其中不僅涵蓋技巧技能還融合了醫德的講求。他們認為政府並未仔細評估他們的技能及成效，相對之下，卻任憑三兩個月便出師而只有一些「三腳貓」功夫的推拿技術員在中醫師的庇護下胡亂為之，甚至連有執照的中醫師也好不到哪裡(「有中醫執照的不會看病，會看病的沒有中醫執照」-- BS6)。深感痛心之餘也更遺憾自己的絕活將因無人承襲而走入歷史。拳頭師傅所自豪的不僅是自己的手法，還包括獨門調製的外敷藥。大致上，無論對手法也好，對外敷藥也罷，他們多無「視為祖傳，不可輕易示人」的心態。他們甚至認為肯學、肯努力才是挑選傳人的關鍵，資賦是其次。但是對此一傳統行業之延續，仍回天乏術。

學院派中醫師雖然對老一輩拳頭師傅的硬功夫予以極大的肯定，然而仍認為診療骨骼肌肉疾患絕不能毫無解剖之訓練。他們甚至認為政府中醫傷科所不准使用之X光、超音波診斷是不合理的。學院派的中醫師固然對些毫無傷科訓練的內科醫師(尤其無醫學訓練的特考醫師)極端不滿，認為良莠不齊影響整個中醫界的形象，對西醫復健科醫師亦未與以肯定，有的甚至認為前述二者並未提供真正的服務，只是蓋個章，下個 order，交由旁人去執行罷了。學院派的傷科醫師一致認為，整個台灣真正中醫傷科醫師數量不多，頂多 20 人。他們慨嘆中醫傷科訓練之貧乏、毫無制度(尤其是極為有限的住院醫師名額)，使得這條路走來倍感艱辛。

國家政策、民眾需求與專業變遷

具多樣性服務提供者的骨骼肌肉疾患診療市場，反映出患者對西醫以外次體系的依賴性，這樣的現象在全民健保將中醫傷科納入給付之後，更形具體。首先，中

醫傷科一納入給付之後，其所佔中醫醫療費用支出之比率一直節節上升，迅速成為中醫醫療市場中最具潛力的科別之一。為了因應民眾的需求，普通中醫診所便紛紛將傷科納入服務範疇，以便吸引病患，確保一定程度的收益。而另一方面，絕大多數本身並無此方面訓練之中醫師基於大餅當前，不食可惜的心態影響之下，便發展出一種「新型態」的執業人員 -- 傷科推拿師或推拿技術員，與某些中醫師搭配，提供傷科診療服務。這種合作方式並非合法，特別是當該中醫師為健保特約醫師之時，其所衍生的問題，的確有待審慎的評估。

相對於推拿技術員的新興角色，拳頭師傅便是逐漸消失的退隱性角色 (attenuated curing roles, 見[6])，象徵台灣醫療史上一個傳統醫療行業的沒落。當事者除埋怨政府政策多變 (1975 年衛生署頒發之「國術損傷接骨技術員執照」已無法律效力) 外，還感嘆所屬職業組織團體功能不彰，更對「傳統」行業的沒落深感時不我與(「一樣啦，不是只有我們這個淘汰啦，包括西裝店啦一些傳統的店都沒落了」-- BS5)。

中醫師則是最大的贏家，尤其是毫無傷科訓練的眾多中醫內科醫師。是屬於 Landy 分類中的適應角色 (adaptive curing role)，其適應契機是來自於國家政策所認定的證照制度。其適應策略是雇用有技術但無執照的推拿技術員，形成特殊結盟關係。實際上，這些無法提供實質服務的醫師在這特殊的結盟關係中，真正提供的只是合法的執業場所，以合法掩護非法來瓜分健保資源。從專業性的角度分析之，真正獲得專業認定的醫師反而與服務的病患間極少或毫無互動，病患對其專業上的肯定值得懷疑。根據本研究的參與觀察，病患反而對真正執行治療 (甚至診斷) 且與

病患間有實質的密集的身體接觸及言語互動的推拿技術員較為信任。因此也許後者並無社會權威[7]，缺乏理性-法定之合法性 (rational-legal legitimacy)[8]，但其可能具有的文化權威及傳統合法性 (部分來自於拳頭師傅) 卻不容忽視。

研究非洲地區民族醫學衛生政策著稱的學者 Anyinam[9]曾以 4 個 A 對民族醫療體系 (ethnomedicine) 及生物醫學體系進行比較研究：利用性 (availability)、易近性 (accessibility)、接受性 (acceptability) 及適應性 (adaptability)。若由此四個概念出發，則中醫師不僅藉由與推拿技術員的結盟增進其適應力，進而擴充服務範疇來增加中醫傷科服務的利用性與可近性。甚至還加入用於西醫復健之儀器，提高民眾對其服務的接受度。使傷科市場欣欣向榮。此外，具有西醫訓練的學院派之一傷科醫師，在愈來愈依賴西醫理論甚至儀器診斷之餘，他們的專業特質與認同又何在？會不會只是另一群懂手法且能親自執行的復建醫師呢？

主流醫學對於另類醫療執業人員的排斥是顯而易見的。通常這樣的排斥主要來自兩個層面：理論之相異(陰陽五行、怪力亂神) 及訓練之缺乏制度化(良莠不齊)。就骨骼肌肉疾患而言(較為物理現象)，因理論之相異所產生之抗拒較小，主要是對另類人員之素質缺乏信心。有意思的是本研究發現，這樣的排斥僅止於態度上的不容，但並未付諸行動，頂多是對因求助於另類而延誤就醫使病情惡化的病患有所責難。占盡優勢的主流專業人員，並未利用專業團體的力量、藉由立法程序排除異己，爭取獨佔性 (monopoly)，這樣的容忍似乎與其他社會主流專業成員的反應大異其趣 [8,10,11]。雖然並無可靠的數據來支持，不過根據本研究的西醫師所言，中醫傷科納

入給付之後，他們的門診量並未改變，因此可初步判斷的是，中醫傷科所吸引的新病患群主要來自先前自費的國術館病患，此推論亦可從本研究中拳頭師傅幾乎一致的遭遇得到支持。也許是因為這個原因(服務不同的病患群)，西醫師們並未感受到威脅，因此並未採取積極的因應措施。

四、計劃成果自評

所得資料之豐富性超過原先所預期，也揭露現象之複雜，應將手頭資料做更深入之分析，並加入對兩類輔助人員之探討。

五、參考文獻

1. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Univ. of California Press. 1980.
2. Ooi GL. The persistence of Chinese medicine : adjustment and diversity. .Soc Sci Med 1991; 32:261-266.
3. Gauld RDC. A survey of the Hong Kong health sector: past, present and future. Soc Sci Med 1998;47:927-39.
4. Freidson E. Profession of Medicine. The Univ. of Chicago Press, 1970.
5. Starr P. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic, 1982.
6. Landy D. Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine. In Landy D (ed). Culture, Disease, and Healing. New York: Macmillan, 1977.
7. Wolpe PR. The maintenance of professional authority: acupuncture and the American physicians. Soc Problms 1985;32:409-24.
8. MacCormack CP. Health care and the concept of legitimacy. Soc Sci Med 1981;15B:423-28.
9. Anyinam C. Availability, accessibility, acceptability, and adaptability: four attributes of African ethno-medicine. Soc Sci Med 1987;25:803-11.
10. Wardwell WI. Chiropractic – History and Evolution of a New Profession. Boston: Mosby, 1992.
11. Saks M. The alternatives to medicine. In Gabe J, Kelleher D, Williams G (eds). Challenging Medicine. New York: Routledge, 1994. Pp.84-103.