

慈濟大學 原住民健康研究所

碩士論文

花蓮縣太魯閣族的傳統醫療

**Traditional medicine of the Truku in Hualien, Taiwan**

研究生：馬維駿 撰

指導教授：許木柱 教授

中華民國九十六年八月

## 目錄

圖表目次.....	iii
誌謝.....	iv
中文摘要.....	v
英文摘要.....	vi
第一章 研究緣起與目的.....	1
第二章 文獻回顧與研究方法.....	4
一、台灣原住民的健康問題.....	4
二、太魯閣族的傳統醫療.....	5
1.傳統疾病觀.....	6
2.常用草藥與巫醫療法.....	6
三、研究方法.....	8
第三章 研究場域及研究對象.....	11
一、地理環境.....	11
二、太魯閣族起源.....	11
三、社會文化特性.....	12
四、歷史變遷.....	15
第四章 量化資料分析.....	17
一、受訪者之基本資料.....	17
二、疾病觀及草藥醫療的認知.....	18
三、與疾病觀及草藥醫療認知相關的因素.....	19
1.如何稱呼疾病.....	19
2.如何定義健康.....	20
3.疾病的種類.....	21
4.疾病成因.....	22
5.是否有使用草藥的經驗.....	23
6.有沒有聽聞使用哪些草藥.....	24
7.父母或是長輩是否曾經使用過草藥.....	24
8.草藥用在哪些疾病或是傷痛上.....	25
9.如何使用草藥.....	26
10.草藥的母語是什麼.....	26
11.草藥所具備的功能.....	27
12.除了草藥是否運用其他治療法.....	29
第五章 質性資料分析.....	30
1.對西方醫學的態度.....	30
2.草藥療法的改變情況.....	32

3.超自然事件與傳統醫療的關係.....	33
4.巫醫療法.....	34
5.傳統飲食習慣與健康.....	35
6.隔離預防.....	36
7.超自然現象與意外的關係.....	37
8.靈與健康危害.....	39
9.犧牲祭祀.....	39
10.夢占與事故預防.....	40
結語.....	41
第六章 結論.....	44
引用書目.....	47

## 圖表目次

表一、太魯閣族藥用植物運用表.....	7
表二、受訪者基本資料.....	17
表三、疾病觀及對草藥醫療認知比例.....	18
表四、能否以母語稱呼疾病相關因素檢定.....	19
表五、對健康的定義(認知).....	20
表六、對疾病成因的認知.....	22
表七、使用草藥經驗的檢定.....	23
表八、父母或是長輩是否曾經使用過草藥.....	25
表九、草藥的母語.....	26
表十、草藥所具備的功能.....	27
圖一、求醫流程圖.....	42
圖二、傳統醫療轉型圖.....	44

## 致謝

「那等候神的，必從新得力，他們必如鷹展翅上騰，他們奔跑卻不困倦，行走卻不疲乏」(摘自聖經詩篇)。漫長的研究所生涯經歷過許許多多的挫折，心情困頓可以說到達生命的低潮。但是因為信仰力量，我仍然鼓起勇氣面對挑戰，終於能畫下句點。

感謝我的父母，你們以包容的愛支持我，讓我沒有後顧之憂的面對考驗，我們一同忍著眼裡的淚水，咬著牙，向前走，走在理想道路上。感謝許木柱老師，危急之際，不吝指導，也為整篇論文研究提供畫龍點睛般的協助。感謝王豐裕老師多年來對我身教言教，使我受益匪淺，更如雕琢玉石一般，耐心而細心，並陪我走過人生的低潮期。感謝莫那·瓦旦醫師以專家身份參與論文審定，不但有了第一線實務專家的見解，更代表族群的觀點與正義為我的論文把關。感謝我多年來的良師益友，通識教育中心的張憲生老師，在迷惘時，您烹茶以待，讓我稍事休息。感謝人類所陳堯峰老師，您展現宗教人的典範，無償的協助我。感謝人類所楊茂年同學，我們再次的互相砥礪，勇敢的走向人生的下個階段。

感謝慧瑤，在我感受最寒冷的冬夜中，陪我一起吃著溫熱的晚餐，度過莫名的恐懼。感謝教會的長輩們，為我禱告祈求祝福。感謝太魯閣族部落裡的好朋友們，你們不只是受訪者，而是我完成本篇研究論文的貴人，此刻，我想起與大家一起烤著火，喝著草藥茶，在彼此熟絡而熱切的氣氛下，進行著我的研究，述說著太魯閣族的過去、現在及未來；我想起跟大家一起踏查太魯閣族先人的足跡，站在內外太魯閣的山徑裡，體會來自百年前的感動。

我深深的感謝，感謝宗教的支持力量與身邊無數跟我結好緣的人們。我不是良玉，但是我經受雕琢，展現特色。我不是飛嘯九天的雄鷹，但是我信實的走出每一步腳印。我撐著信心與勇氣的杖，由此方走向遠方，由現在走向未來。

## 中文摘要

本研究目的在探討太魯閣族人對傳統醫療的認知與醫療利用，研究方法以半結構訪問及參與觀察為主。研究結果發現：太魯閣族人的疾病觀和對傳統草藥療法的認知，大多和受訪者的教育程度、年齡或家庭生活的傳統程度密切相關，教育程度越低、年齡較大者、家庭生活比較傳統者，對傳統醫療的知識比較豐富。但質性資料分析也發現：傳統醫療不只涵蓋個人的生理層面，它與太魯閣族的傳統宗教信仰與社會規範有難以區分的關係。當太魯閣族人遭遇到西方主流醫學無法歸因或是治療的疾病、無法歸因的意外或是災害時，就會尋求傳統醫療。另一方面，今日的太魯閣族傳統醫療也與周邊的族群，外來宗教互動，並且正處在一個轉變的狀態。本研究建議：制定太魯閣族公共衛生政策時，必須將太魯閣族的自我意識列為主要考量，而在宣導社區健康及防止意外傷害的策略上，可適度運用族人的傳統醫療觀念和相關的因素。

關鍵字：太魯閣族、傳統醫療、疾病認知、醫療利用

## **Abstract**

This study explores the Truku's cognition of traditional medicine and medical utilization with the methods of semi-structural interview and participant observation. The results illustrate that the educational level, age and traditionality of family life are among the most closely related factors to their traditional medical knowledge: the less the educational level, the older in age, and the more traditional in family life, the more traditional medical knowledge. In the meantime, the analyses of qualitative data also demonstrate that Truku's traditional medicine is not solely concerned with physiological problems, but is interlocked with their traditional religious ideology and social norms. Some Trukus tend to seek the helps from traditional medicine while they experienced unexplainable serious accidents or physical problems that western medicine could not be effectively identified or cured. Given this scenario, the Truku's traditional medicine is right in the stage of transformation as they can't help but interact with the majority Chinese nearby. It is recommended to take into consideration the indigenous health belief in public health policy and apply their knowledge of traditional medicine and related sociocultural factors in the promotion of community health and prevention of fatal accidents.

Key words: the Truku, traditional medicine, disease perception, medical utilization

# 第一章

## 研究緣起與目的

絕大多數人都會面臨身體不適的狀況並且面臨求醫行為的選擇(Kasl and Cobb, 1966; Suchman, 1965)，但並非每個人都會以主流社會的西方醫學觀點，看待自己的身體不適。當身體不適時，並非每個人都會尋求專業醫療體系處理，以台灣民眾為例，許多人都有求助於普遍醫療(popular sector)、俗民醫療(folk sector)、專業醫療(professional sector)等三種體系的經驗(Kleinman, 1975, Foster, 1992；巴奈·母路，2003；陳拱北預防醫學基金會，1988；蔡中涵，2001)。這種求醫行為的多樣性，通常導因於族群的文化背景及成長環境的差異(張珣，1998；Foster, 1992; Kindersley, 1995)。

不論在體質上或是在社會文化發展的背景上，台灣島上的原住民族與漢人皆有所差異，是分屬不同的族群。二十一世紀的今天，大部分原住民遭遇身體不適時，多會尋求西方療法。但是在特定的狀況、特定的場合上，原住民的疾病觀及求醫行為，還是會出現源自於族群背景的特異性(張淑美，2005；陳怡懋，2003)。

花蓮地區在 1948 年，基督教門諾醫院舉辦巡迴醫療之前，曾經是醫療資源較缺乏的地區之一，但是經過數十年發展及相關政策的推動，花蓮地區的醫療資源可近性已獲得明顯改善：根據衛生署 2005 年的統計資料顯示，花蓮縣每萬人病床數是台灣地區 25 個縣市中的第二名，每萬人口醫事人員數及每萬人口西醫數皆位居第四名。但是，筆者與原住民朋友們相識數年，期間難免會遭遇到朋友們身體不適的情況，雖然朋友們在第一時間會尋求西方醫學的協助，但是也常常發生出乎意料的情況，例如：在野地工作時，會咀嚼特定植物避免口渴；當發生流血傷口(刀傷、破皮)的情況時，會將植物咀嚼成泥然後塗抹在傷口；更甚者，有遭遇蛇類咬傷後，以手邊所能取得植物自救。這些例子還僅止於單純的生理病痛與草藥醫療，聽聞更多的情況為發生不知名的疾病，或是突發的精神異常狀況，很多部落居民會將病因歸因於超自然力量，如阿美族的「鬼靈」(阿美語稱



為 kawas)，或是太魯閣族的「靈」(太魯閣語稱為 utux-lodan)等，並尋求非西方主流醫學的治療途徑。依據上述的經驗與觀察，儘管部落社區青壯年居民的教育水準都達到基本國民教育，信仰上也多數接受西方外來宗教(世界展望會，2004；謝欣育，1996)，但族群傳統健康概念、疾病認知及傳統醫療等依舊存在，顯示傳統醫療對原住民族的健康仍然具有某種功能。

現代主流社會主要的醫療體系，是以專業醫療體系為主。雖然台灣地區之專業醫療體系包含中醫，但是仍以西方醫學為主軸。在西方專業醫學的觀點中，又以生理學、藥理學等著重於生物個體的學門佔大部分。但是基於完整的健康概念，是必須包含生理、心理以及社會的最佳適應狀態，所以醫療行為的探討必須包含當地民俗療法、族群疾病觀、心靈與信仰的觀點(陳拱北預防醫學基金會，1988；Alberto Villoldo, 2006)。這也正是醫學人類學對公共衛生政策制定的重要性。

花蓮地區的原住民族計有阿美族(Pangcah)、噶瑪蘭族(Kavalan)、布農族(Bunun，又被稱為依娃丹或是斯娃丹)，以及新復名成功的撒基萊雅族(Sakiraya)，以及正名為太魯閣族的泰雅族東賽德克群(以德魯固亞群為主)。相較於居住於花蓮地區的其他原住民族，太魯閣族在近一個世紀內，遭遇較多的族群結構及社會概念衝擊，因此可能產生了許多文化、社會及行為上的蛻變。就生存環境而言，由高山地區遷往平原，既有的生態環境可以說遭遇很大的變化。就族群認知而言，強烈的太魯閣族自我認同，並且強勢的納入其他賽德克族中的亞群。就社會文化方面，特別的忽略祖靈信仰精神(馘首祭儀)，並且試圖在族群的起源傳說及文化上，與泰雅族及賽德克亞族做區隔(陳俊男，2002；達西烏拉彎·畢馬，2003)。在前述的情形之下，這個族群可能正在產生了許多文化、社會及行為上的蛻變(李季順，2002；李季順，2003；沈明仁，1992；馬騰嶽，2002；廖守臣，1998)。

公共衛生工作的基本單位是由社區做起。Winslow 就指出「公共衛生是預防疾病、延長壽命、增進健康和效率的科學和藝術，須藉有組織的社區力量來達成。」而社區醫學專家 Kark 提出「社區導向的基層醫療保健」(community-oriented primary care, COPC)的概念，結合基層醫療單位與社區力量實行保健工作(季瑋

珠，1993；陳拱北預防醫學基金會，1988；楊志良，1980)。社區是由人所構成，社區的健康即是來自於居民的健康行為，而運用人類學的調查方式，可以得到來自於社區居民相關於健康行為最細膩、直接且深層的訊息(季瑋珠，1993；謝劍，1989)。這些訊息配合公共衛生統計的量化資料，是評估與擬定社區健康工作的重要參考。原住民的社區，通常是由部落型態轉變而來。對太魯閣族求醫行為的探討，是太魯閣族部落社區健康的重要基礎，而太魯閣族的傳統醫療可能仍然是影響目前太魯閣族求醫行為的原因。

本研究擬以質性訪談與參與觀察等方式，探討太魯閣族在遭受多年的不同衝擊後，該民族傳統醫療的變化，並藉由本研究的結果增加我們對於太魯閣族部落社區的認識。相信藉由本研究，我們可以對太魯閣族居住地區的衛生教育及醫病關係策略制定，提出更為精準的思考方向。

## 第二章 文獻回顧與研究方法

### 一、台灣原住民的健康問題

花蓮地區曾經是台灣地區醫療資源缺乏的地區。但是隨著時代演變及地區的開發，首先是門諾醫院在民國四十三年設院，接著是慈濟醫院在民國七十五年設院，甚至在民國九十一年成為東台灣唯一的醫學中心，花蓮地區的醫療資源日益豐富。2005 年花蓮縣衛生局的統計資料顯示，花蓮縣每萬人口急性病床數、慢性病床數、精神病床數、護理之家病床數分別為 53.84 床、7.71 床、50.48 床、及 17.99 數，均高於台灣地區（分別為 30.89 床、2.19 床、7.07 床、及 5.2 床）；如果以每萬人口醫師數比較，花蓮地區(21.39)亦高於台灣地區(14.0)，而花蓮次區域(24.63)(包括秀林鄉、花蓮市、新城鄉、吉安鄉、及壽豐鄉)又高於花蓮地區。此外，分析 2005 年的衛生署統計資料顯示，花蓮地區每萬人口醫事人員數為 106.08 人、每萬人口病床數為 133.34 床、每萬人口西醫數為 21.25 人，均位居台灣地區 25 個縣市之前五名；每萬人口醫院數為 0.29 家及每萬人口診所數為 7.66 家，亦皆排行前 10 名內。

太魯閣族人集中居住於花蓮縣秀林鄉，若以單一鄉鎮來論其醫療資源固然缺乏，但秀林鄉緊鄰醫療資源豐沛的花蓮市區，因此太魯閣族依然有相當高的醫療資源可近性。

根據藍忠孚、許木柱(1992)的研究，泰雅族(含太魯閣族)對現代醫療體系(西方主流醫療)的接受度很高。另外在 2002 年舉辦的「山地離島與原住民醫療業務的研討會」中，秀林鄉衛生所報告除了在衛生所提供醫療保健服務之外，並儘可能地以巡迴醫療主動追蹤方式，增進醫療的可近性(台灣原住民醫學學會，2002)。李奕慧(1999)針對偏遠地區社區醫療保健計畫的評估，顯示西方醫療體系在原住民(太魯閣族)區域是主動的進行介入。由此可見太魯閣族的地區，並非西方主流醫學資源缺乏地區。

衛生署的台灣地區居民十大死因統計資料顯示，惡性腫瘤是台灣地區居民持續數十年的主要死亡原因(衛生署網站，2005)。但是根據行政院原住民族委員會引用的資料顯示，在2001年及2002年意外事故與傷害為原住民十大死因的第一位(陳品玲，2003；陳品玲，2004)。鴻義章(2002)對原住民地區社區健康評估資料中，顯示秀林鄉的十大死因依序為事故意外、惡性腫瘤、慢性肝病、心臟疾病、糖尿病、結核病、腦血管疾病、支氣管炎、肺炎、及敗血症；萬榮鄉則依序為意外事故、慢性肝病、惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、自殺、結核病、胃與十二指腸潰瘍及肺炎。最新的衛生統計顯示出相似的健康狀態(許木柱，2007)。這些統計數據顯示，生理疾病並非影響太魯閣族健康與壽命的最重要原因，含有許多不確定因子的意外事故死亡，反而是值得注意的健康問題。意外事故死亡象徵生產人口的損失，對於太魯閣族經濟、社會、家庭，甚至社區的整體健康，都很大的衝擊。

根據上述衛生公務統計資料，顯示太魯閣族居住的區域並非醫療資源缺乏區域，加上公共衛生體系的運作，不論消極的對於醫療資源的利用，或是積極的將醫療資源帶往部落，秀林鄉醫療資源之可近性都得到很大的改善。由這兩個觀點，本研究相信還有其它相關族群文化的因子影響太魯閣族的整體健康。

## 二、太魯閣族的傳統醫療

傳統觀點上，太魯閣族人(泰雅族人)對於疾病(manaroh)的概念是「個人軀體、器官組織的型態與功能失常，感覺不舒服或是疼痛，而生理或是心理的不適，意外事件發生亦包含在內。」疾病發作是病因的顯現，而病因則可能是因為「人」違背規範，造成「靈」的作祟，也可以說是「人與靈」關係的不平衡。而傳統太魯閣族人對「治療疾病」的觀念為透過巫師與靈溝通，而後犧牲祭祀或是附以藥用植物，趕走作祟靈體，求病療癒。整體而論，太魯閣族傳統的醫療體系，與許多非主流醫療體系一樣，醫療跟宗教、社會規範等等的界線不易區分(昝日羿·吉宏，2001；佐山融吉，1917；廖守臣，1998；Foster, 1992)。

## 1.傳統疾病觀

傳統太魯閣族人認為疾病的主要成因有三：Pekoneroxan lodan、Pekoneroxan bantotsikean、及 Pekoneroxan ngpoksa。Pekoneroxan lodan 意味著長輩或是先祖未受到後輩子孫的良好對待，在死後作祟，造成疾病。Pekoneroxan bantotsikean 則是說在馘首行動之後，沒有完善的進行祭祀，使得被馘首者的亡靈不得安寧，轉而作祟致病。Pekoneroxan ngpoksa 是說明沒有遵守社會規範，或是有著不道德的行為，因此促發靈體作祟致病(廖守臣，1998)。

太魯閣族人不認為受到靈體影響的病，僅包含生理老化的病(kang lodan neya)，如耳聾(kapohr)、瞎眼(modon-taoliq)。此外，maqor 及 moda 被視為傳染病，而婦女的產褥症、經期不正常等，因為忌諱而無法分類。其它的疾病種類，都可以依照上述的三個病因進行分類(廖守臣，1998)。

此外，根據《蕃族慣習調查報告書—泰雅族》(台灣總督府臨時台灣舊慣調查會，1996)中的記載，當時的泰雅族人也注意到疾病的性質，並將疾病分類為傳染病、非傳染病、精神病三個分項。針對傳染病，當時的泰雅族人已經會利用禁忌禮俗隔離患者，例如不與患者接觸、不與患者的住屋及物品接觸，還有不跟患者的部落接觸。就精神病而言，根據語彙，可以看出精神病很明顯被認為是靈體作祟的疾病。

## 2.常用草藥與巫醫療法

太魯閣族的傳統醫療，可以分為草藥醫療及巫醫療法兩個面向。草藥醫療的部分，透過行政院衛生署(2000)重新整理日本學者山田金治的著作，可以看到因為各地的海拔與林相生態不同，生長多樣的草藥。即使是同族的原住民，也會因為不同的地區使用不同的草藥。所以太魯閣族對於同一種身體不適症狀，會有數種不同的草藥對應治療，如頭痛症狀即有運用葛藤、菖蒲等多種藥草。根據昝日羿·吉宏(2001)對於太魯閣族草藥醫療所製作的簡表(參見表一)，可以發現太魯閣族會依照草藥的性質、疾病的狀況，而有不同的治療方法。例如附貼、服用、湯氣溫蒸等等都是草藥醫療的運用方法，而且偏向單項治療，最重要的是太魯閣族人在野外會因為身體不適的情況，就地取材，運用自然中可以得到的資源。

表一、太魯閣族藥用植物運用表

疾病種類	民俗藥用植物	使用方法
頭痛、胸痛、腹痛 疲勞、負傷	waxil(葛籐)、kdang(菖蒲)、layat(蒟蒻)、 rqunqsi(台灣澤蘭)、layung(白紫蘇)	附貼 服用
眼睛疾病 牙齒疾病	siding(蕺菜)、qlaro(狗肝菜) paras(破烏金台)、qnnawax(台灣懸鉤子)	汁點 洗淨
毒蛇咬傷	sqahol-rodux(飛龍掌血)、mago(八角蓮)、 usik(薑)	湯氣溫蒸
足腳部疾病 皮膚疼痛	酢漿草、琉球馬跨兒 車前草、爬崖香、落籐、sakus(樟樹)	插齧 包紮
腫傷 瘡疾	wailgusro(虎葛)、sidang(蕺菜)、kdang(菖蒲)、 simoc(紫背草)、layat(蒟蒻)、bsiyaw(玉桃) usik(薑)、sakus(樟樹)	
傳染病預防，氣 喘、咽喉痛	kdang(菖蒲)、sakus(樟樹)	
中毒	pajiq kulung(龍葵)、serew(九芎)	
負傷	sidang(蕺菜)、kdang(菖蒲)、waxil(葛籐)、 layat(蒟蒻)、qlaro(狗肝菜)、mqrigrig(胡椒)、 blring(毛節白茅)、gmiya(毛根草)、nabaw bhngil(芒草)	

註：傳統太魯閣族使用的藥用植物以單方治療為主，藉由本表可以了解到傳統太魯閣族的醫療所處的環境具有密切的關係。( 昝日羿·吉宏，2001)

巫醫療法是在醫療的過程中有巫醫的參與。太魯閣族語稱巫醫為 psapoh，一般在部落以女性擔任居多，男性較少。巫醫有其個人使用的道具，如箭竹管、菖蒲根等。療法的性質可以歸為三大類：占卜問診、以毒攻毒、溫蒸治療(昝日羿·吉宏，2001；佐山融吉，1917；廖守臣，1998)。

溫蒸治療及以毒攻毒兩個療法，雖然被學者廖守臣歸類為巫醫療法，但是這兩種方式都是草藥療法的轉變。溫蒸治療是將燒熱的碎石塊包在草藥葉子中，熱敷與按摩患部，或是以草藥的蒸氣蒸薰患部。以毒攻毒則是特別治療咬人狗之類植物引氣腫脹的治療。如果因為碰到咬人狗之類的植物引發腫脹，就將該植物的樹皮剝下燃燒，當發出燃煙的時候，配合巫醫咒語擦揉患部以治療(廖守臣，1998)。

占卜問診是太魯閣族傳統醫療中與宗教行為關係最為密切。巫醫透過竹製的

占具問占，確定是哪種靈體造成疾病，然後進行攘除儀式或是犧牲祭祀，藉此將靈體造成的病因消除，使疾病痊癒（台灣總督府臨時台灣舊慣調查會，1996；佐山融吉，1917；廖守臣，1998）。

### 三、研究方法

花蓮地區由醫療資源缺乏地區，轉變成醫療資源豐沛地區，對於太魯閣族的醫療利用也造成很大的影響，可以說整個族群的健康都受到了變革的衝擊。儘管西方主流醫學的醫療資源在花蓮地區有很大的改善，但是太魯閣族的傳統醫療並未因此消失，而且還有深厚的族群文化因子影響著太魯閣族的整體健康。由於這些問題的探討屬於動態的現象，不適合使用結構性的問卷，因此本研究擬採取質性訪談的方式(Boyatzis, 2005)。

筆者針對病因認知、醫療體系利用、保健認知等項目，設計半開放性訪談的題目(徐麗萍，2001；陳怡懋，2003；黃淑貞，2000；簡美玲，2001)。病因認知的項目，主要在蒐集太魯閣族將疾病歸因於肉體或是靈性的資料。醫療體系利用部分，則是在蒐集太魯閣族對於俗民醫療體系、普遍醫療體系、專業醫療體系的利用情形，以及對於這三種醫療體系的認知與態度。保健認知部分，則是在蒐集太魯閣族所認知的促進健康或健康的行為。筆者以開放性訪談所得的訪問資料為主軸；另一方面，配合筆者數年來參與族人日常生活的觀察經驗，以及對特定議題的深度訪談所取得的資料為輔。下文將根據以上資料的分析，以呈現出太魯閣族人傳統醫療的現況。

在進行訪談資料時，來自部落社區的第一手資料最為關鍵，因為這些資料呈現出族人對於疾病觀及求醫行為的看法。筆者採取滾雪球取樣法，來取得所需田野資料。筆者具備數年參與太魯閣族生活、社會文化的互動觀察經驗，透過滾雪球取樣法，由筆者所認識的人脈開始進行訪問，再由所認識的人擴展至其他人。資料收集對象以花蓮縣內並且自我認同為太魯閣族者為關鍵報導人為主，而以受訪者非太魯閣族的親友或是雖為泰雅族東賽德克群，但其自我認同不為太魯閣族

者為輔。筆者自大學時代開始接觸部落社區居民，並且在興趣及研究的驅使下，在部落社區建立相當廣泛的人際關係，並且以半參與的方式提供顧問式的協助。這些關係包括部落社區文化工作者、傳統工藝師、醫師、獵人等，這些人可視為太魯閣族現今社會的縮影，是本研究的重要資源。以滾雪球取樣法進行第一階段的訪問，再經過初步整理訪談資料後，可找出呈現質性差異的受訪者，再進行第二階段的深度訪談工作。

本研究的重心放在討論太魯閣族傳統醫療過去到現在的變化情形。但是因為在日據時代的部落遷徙與重組政策，同一個家族或血親祭團的族人被強制遷移至不同的村，導致花蓮地區太魯閣族人的居住地，均可視為研究場域。因此本研究所訪問的對象，涵蓋花蓮地區太魯閣族分布的區域，包括秀林鄉、萬榮鄉、吉安鄉、花蓮市等。

### (一) 半結構性問卷訪談

在訪問方面，本研究採取半結構性問卷訪談，意即設定問題的方向，而不限定答案的範圍，訪談過程進行錄音。而訪問方向有二：1.太魯閣族疾病觀資料收集；2.藥用植物訪談資料收集。基於研究倫理與道德，在訪問前均有告知受訪者的權益，並在受訪者可了解的範圍：

1.太魯閣族疾病觀訪談收集：訪問的問題方向大綱如下：

- (1) 如何稱呼疾病？
- (2) 如何定義健康(母語、母語涵義)？
- (3) 疾病的種類？(如何界定疾病？受傷、意外是否算是疾病，內傷、外傷)？
- (4) 疾病成因？(過去認為疾病是如何產生？現在認為疾病是如何產生？)

2.藥用植物訪談收集：訪問的問題大綱如下：

- (1) 是否有使用草藥的經驗？
- (2) 有沒有聽聞使用哪些草藥？
- (3) 自己或是父母是否曾經使用過草藥？
- (4) 草藥用在哪些疾病或是傷痛上？
- (5) 如何使用草藥(一般法或是宗教法)？



- (6) 草藥的母語是什麼？
- (7) 草藥所具備的功能？
- (8) 除了草藥是否運用其他治療法

## (二) 資料整理與分析

筆者將對所收集的疾病觀與醫療利用的資料進行分析，並探討這些現象與教育背景、宗教信仰、年齡及家庭生活傳統程度之間的關係。筆者相信如果能夠在資料中，找到關於傳統醫療使用的差異性或是多樣性，即是呈現了太魯閣族傳統醫療演變的現狀。

(1)教育背景：台灣主流社會的教育，可被視為是影響疾病觀的變因。在太魯閣族的社區部落中存在不同學歷的人。有些人學歷高，取得碩士學位；有些人毫無學歷，未完成國民小學教育。而不同的教育程度是否影響了疾病觀，進而影響了求醫行為。對於傳統醫療的運用由這個變因切入探討。

(2)宗教信仰：現在太魯閣族是多元宗教並存。其中以傳統祖靈信仰、基督教長老會、真耶穌教會、天主教會，佔較高的比例。而漢人民間信仰(非正統佛教道教)及無信仰等，在部落中所佔的比例較少。宗教力量的影響是部落對於傳統醫療運用不可忽視的變因。

(3)年齡：年齡不只代表了生活經驗的多寡，對於太魯閣族人來說，更是經歷過不同的時代變遷(日據時代及國民政府)，也具備著不同的歷史記憶，甚至是生活的體驗。由年齡的觀點切入，也是十分值得探討的變因。

(4)家庭生活傳統程度：當不同的社會文化與太魯閣族傳統社會發生衝擊，不同的家族可能會與主流社會文化建立起不同的關聯。例如南投的泰雅族賽德克亞族，在霧社事件中，有親日及反日兩種並存力量。依此推論，花蓮地區應該也存在同樣的情形。對於不同的文化接受的情況，也是影響疾病觀的變因。

## 第三章

### 研究場域及研究對象

#### 一、地理環境

太魯閣族人傳統的主要生產方式是輪耕墾殖及狩獵。因生產的方式，太魯閣族人需時常遷徙，改變居住地。太魯閣人在群山之中所選擇的居住環境，通常是溪谷中的台地，這樣的地形除了可以進行農業墾殖，而且地勢上也容易防守以維護居住地的安全。太魯閣族人又以居住地向外擴張獵區，所以包含獵區才能較完整地涵括太魯閣族人的傳統居住區域(廖守臣，1998)。

太魯閣族人的傳統活動區域如下：(1)和平河流域(大濁水溪)及其週邊地區；(2)陶賽河流域地區；(3)立霧溪及三棧河流域；(4)木瓜溪及知亞干溪(壽豐溪)流域；(5)萬里溪、馬太鞍溪及丹大河流域；(6)紅葉溪、太平溪及拉庫拉庫河流域。這些流域包含複雜而多變的地形與林相。涵蓋的高度從海平面到海拔三千七百公尺，主要活動範圍從海拔五百公尺到兩千五百公尺；地貌部分則包含了溪谷、稜線、懸崖峭壁、石灰岩地形等；林相上則包含闊葉林、混合林、針葉林、灌木林等等。可見太魯閣族的傳統領域有極為豐富的生態(黃長興，2000)。太魯閣族人為了對應生存環境中的多樣性，產生了堅韌的生存能力及剽悍的民族性格。這樣的生存能力與民族性格，多次被日本人類學者提及(楊南郡，2000)。

#### 二、太魯閣族起源

討論太魯閣族的起源，應當從泰雅族談起。泰雅族散居台灣北部山區，即是花蓮與南投兩縣以北，直達台北縣烏來。在明清時代，泰雅族被台灣的漢族稱為「北番」，也因為該族群具有在臉部刺紋圖騰的習俗，又被漢族稱為「黥面番」或是「王字頭番」。到了日據時代，因為泰雅族的方言系統豐富，日本人類學者伊能嘉矩、森丑之助、佐山融吉、小島由道等人，都將泰雅族進行初步分類，雖然在細膩處有所差異，但是主要都可以確認，有兩個很大的族群構成紋面的民族，分別為泰雅族(又被稱為太么 Atayal)與賽德克(紗績 sejek)。台灣光復後，衛

惠林統整資料，以方言差異為主要原則，將泰雅族分為泰雅亞族及賽德克亞族。泰雅亞族又分為賽考利克群(Segoleg)與澤敖列群(Tseoles)；賽德克亞族則分為德奇塔雅(Tekdaya)、德魯固(Truku)及德烏塔(Tauda)等三群。泰雅亞族與賽德克亞族的分佈區域，可以花蓮與南投兩縣的北部縣界連線作為區分。連線以北的山地區域，大部分屬於泰雅亞族居住地。連線以南的山地區域，包含花蓮及南投兩縣，大部分屬於賽德克亞族的居住地(馬騰嶽，2002；陳俊男，2002；廖守臣，1984；廖守臣，1998；沈明仁，1997)。

泰雅族是山地民族，各個亞族，甚至各個方言群都因為地形的隔離，並沒有完整的族群認知，在花蓮地區的賽德克亞族將泰雅亞族稱為巴嘎拉(Pakala)，隱含有敵人之意，也代表族群的分別。賽德克亞族所包含的三個亞群，分佈散居於花蓮以及南投兩地。兩地的人民因為分隔時間久，加上地形的阻隔，彼此之間的族群認知產生差異。因為族群認知的差異，以及強勢的自我為尊心態，有部分居住在花蓮地區的賽德克亞族德魯固群的族人提出了「太魯閣族」為自我族群的觀念。基於建立自我族群的信念、花東地區的德魯固亞群人數最多、基督教原住民傳教工作的地區單位以「族」為單位，以及德魯固亞群原生存於國際知名的太魯閣國家公園峽谷地區等四個理由的影響下，花東地區的德魯固亞群族人開始推動「太魯閣族正名運動」，希望由泰雅族中分離，甚至希望能與南投地區的賽德克亞族區別。從 1996 年開始，由宗教團體的基督教長老會太魯閣中會，以及民間團體的花蓮縣太魯閣建設協會開始正式推動正名運動，而後又成立「太魯閣族正名促進會」領導正名運動，而後經過多次政府主持的民間文化團體協商會議，最後在 2004 年完成正名運動，由行政院原住民委員會認定為第十二族的台灣原住民。目前接受正名運動，並且完成族群識別變更的族人，主要集中在花蓮縣秀林鄉的和平、崇德、富世、秀林、佳民、水源、銅門、文蘭等村；萬榮鄉的西林、見晴、萬榮、紅葉、明利等村；以及卓溪鄉的立山、崙山、山里等村；尚有部分族人零星散居在花蓮各地的鄉、鎮、市(黃長興，2000)。

### 三、社會文化特性

從人類學、民俗學、宗教學等觀點切入，太魯閣族都是由泰雅族中分離出來的族群。由傳統的族群社會中，紋面圖騰、物質文明、血親祭團與神話等文化要

素，都可以發現太魯閣族與泰雅族有十分密切的關係(許木柱，1989)。泰雅族傳說中的族人起源地有三個，其中一個就是賽德克亞族認定的發源地。該處是岩石與樹共生的地方，就是位於霧社東南方的白石山，另有說法是位於知亞千山嶺東側。該地被賽德克人稱為彭諾博 Bunobon (德奇塔雅、德烏塔、及德魯固均有對這個地名的口傳神話)，後來再遷徙到德魯灣這個地方。後來當地的族人分裂為三群，德奇塔雅群、德魯固群、德烏塔群，分別稱自己的祖居地為德奇塔雅·德魯灣、德魯固·德魯灣、德烏塔·德魯灣。而後因生存領域的擴張，這三群越過中央山脈，向東邊遷徙到達花蓮。其中德奇塔雅群沿木瓜溪流域到達花蓮銅門地區，後來又遷往壽豐鄉溪口地區及萬榮地區，也被稱為木瓜番；德烏塔群越過南湖大山，到達陶塞溪流域，也就是今天的梅園一帶，後來除了有在花蓮、南投兩地居住外，還有分散到宜蘭南澳地區；德魯固群由南投地區越過奇萊主山北峰，入立霧溪，沿著立霧溪移動，據有立霧溪流域，另有一部分進入木瓜溪流域。在花蓮地區的賽德克亞族又稱東賽德克群，也就是今日已經正名成功的太魯閣族。但是現今太魯閣族在起源地及起源說的觀點，已經摒棄彭諾博 Bunobon 的起源傳說，而改成「太魯閣族以南部平原地區為發源地，因為漢族壓迫進入中央山脈，再由中央山脈遷往花蓮」的說法。另外一方面，太魯閣族人認定「太魯閣」(Truku) 這個字彙在母語語意上具有足以涵蓋德魯固、德奇塔雅、德烏塔三群的意涵，並且認定「太魯閣族」是其他三群的源頭(李季順，2002；李季順，2003；廖守臣，1984；廖守臣，1998)。

太魯閣族中所包含的德魯固群在清朝時代被稱為口社番，在日據時代則被稱為太魯閣番。而分布中央山脈東脊，北達和平溪，南到加禮宛山的太魯閣族人被稱為外社，也就是日本人所稱的外太魯閣。也有說法是以他碧多社(今天祥附近)為界，下游至出海口，並且沿岸可以看海的區域就是外太魯閣。在當地的語彙中，稱「Muk-siyau」為住在淺山的人。而他碧多社往中央山脈的區域，或是立霧溪中上游，東起科蘭社，西達中央山脈的區域，則被稱為內社，也就是日本人所稱的內太魯閣。外太魯閣地區的太魯閣族人，與漢人(包含閩南族群以及客家族群)及日本人的來往較為頻繁，因此也受到較多外來文化的影響。內太魯閣地區，因被包圍在南投及外太魯閣之中，因而內太魯閣地區外來物資的取得，常常必須透過外太魯閣地區的人民(黃榮墩，2000；楊南郡，2000)。

太魯閣族與泰雅族一樣，其社會結構、文化認知、宗教信仰等方面，都深受「嘎亞」(gaya)的規範(泰雅族人稱為 gaga，亦有稱為 gaza, waya)。「嘎亞」具有多重的意義。就社會結構而言，「嘎亞」是代表父系家族所組成的血親祭團，也是構成部落聯盟的單位。血親祭團主持部落事務運作，包含同盟、媾和、戰爭、狩獵、家庭與社會倫理等事項。在部落的法律認知上，「嘎亞」代表「共負罪責」，也有「共享祭肉」的責任與權利的制約（較詳細的分析參閱王梅霞，2003）。

就文化認知而言，「嘎亞」代表先人所遺留的訓示與規範，是立身處世、待人接物、與生命禮俗等日常生活的準則。在傳統的族群中，立身處事有很大的部分，是要完成自己的性別角色或是社會角色，例如達成男子勇武善戰、女子賢淑善織。待人接物就是人與人之間的應對關係，例如與配偶的相處態度、對於子女的教養方式、與長輩的互動，對於部落以及血親祭團成員的互動。部落的成員，要維持這種良好的互動關係。就生命禮俗而言，舉凡小孩出生命名、成長至負擔勞動、婚配交往、疾病醫療、宗教祝禱、死亡送終等，都必須舉行這些儀式。

就宗教信仰而言，傳統太魯閣族人相信有最高位階的靈，即 utux balou(至高開始的靈)，或是 utux tinowan(造物靈)的存在，這個靈創造萬物。宇宙是由人間及靈界(死後世界)所構成，而彩虹是溝通靈界及人間的橋樑。死者的靈魂必須經過檢證，是否在人世的時候，有完成社會及性別角色，是否足夠虔誠。達到標準者，才能到達靈界，不然靈魂就會不得安息，可能會被守護靈處罰，或是在人間不停飄蕩(達西烏拉彎·畢馬，2003)。傳統的泰雅族信仰中，雖然具有農業祈福相關的祭儀，但是維繫著泰雅亞族或是賽德克亞族族群力量的祭儀，則是獵首(馘首)祭儀。獵頭馘首在整個泰雅族文化中十分重要，而且獵頭(馘首)的理由很多，諸如證明成就、仇恨報復、神判律法、追求情感等等，但是最重要的中心概念，則是在於攘除不潔、增添族群靈力。在傳統的信仰認知中，動物與人都有靈質或是某種能量，藉由獵取的過程，可以把靈質或是能量帶回。動物的能量會再引來其它的動物被獵取，而人類的靈質或是能量，可以洗去詛咒、不潔，並且為血族祭團的靈力加乘，讓整個血族祭團更加的繁盛。此外，從獵首的武裝行動到獵首的祭儀中，沾過敵人血液的物件(武器、衣物、飾品、穀物)，則是傳統醫療中，巫醫療法運用的重要物件。

上述三個面向都分別組成「嘎亞」的一部分。從這裡我們可以了解「嘎亞」所代表的意義，就是來自於先祖的訓示戒律，也是維繫整個泰雅族(含太魯閣族)人的生活信念與規範的重要制約力量(李季順，2003；廖守臣，1984；廖守臣，1998；台灣總督府臨時台灣舊慣調查會，1996；許木柱，1995)。

#### 四、歷史變遷

與台灣其他原住民族群相比較，太魯閣族有特異的民族性。在社會風俗上也有馘首立功，晉升成人的生命禮俗。因此在日本人類學家的紀錄及觀點中，泰雅族是台灣各族中最為剽悍，也是最不妥協的民族。而當時的太魯閣族又被視為泰雅族中最為封閉而且保守的民族(楊南郡，2000)。

在日據時期，日本將台灣山地的林業資源視為開發重點，而當時的林業所在區域，通常也是原住民的居住區域。因此當日本在進行林業開發工作時，太魯閣族人則是在進行居住地保護，磨擦與衝突自然會發生。當時在東部進行林業開發的賀田公司(賀田組、賀田株式會社)，即曾因為僱約問題，造成武力傷害事件(威理事件，1906)。之前在花蓮新城地區，也發生因為駐警侵犯太魯閣族女孩，引發武力報復事件(新城事件，1896)。這些零星的衝突，加上日本治台所訂立的五年理番計畫的影響，終於導致太魯閣戰役(太魯閣事件，1914)的發生。日本以數倍於霧社事件的人力及時間，對整個太魯閣山區進行軍事行動。及至戰爭結束，日本將居住於整個太魯閣山區內的部落移出，並且將同一血族祭團，或是同一個部落同盟分別切割，並將來自於彼此敵對部落的家庭，重新混編成新部落(黃榮墩，2000；楊南郡，2000；廖守臣，1998)。

由彼此敵對的家族所混編成的新部落，是不具有向心力的。部落內部因此不易和諧，並且各家族彼此監控，加上日本政府的嚴密管理，將太魯閣族原有的社會結構完全破壞，部落社區的自我運作能力已完全消失，也隨著部落自我運作能力的消失，部落原有的社會規範與仲裁能力亦隨之消失，彼此也失去信任。所以新的訊息或是新的觀念，也因為彼此的不信任而難以流通。

太魯閣族是新產生的民族，也可以說是正在進行族群復振的民族。或許因為家族混編成為新的部落造成認知的改變；或許因為族群自我意識強烈，想要與泰雅族或是賽德克亞族的關係作區分，對於一些傳統文化的論述就有所差異。例如

泰雅族及賽德克族，用以彰顯勇武及掠奪生命能量的獵頭馘首文化，在太魯閣族的族群論述中，被略過或是淡化，改以狩獵文化取代。在祭儀的演變方面，也著重於農業相關祭儀，用以區別泰雅族或賽德克亞族所注重的祖靈祭。由上述的例子，可以證明太魯閣族的族群復振及文化改變，是一個正在經歷改變的民族(李季順，2002；李季順，2003)。

## 第四章

### 量化資料分析

本章的分析係以前述的半結構訪問法所得到的資料為基礎，將這些資料轉化為量性資料，進行太魯閣族傳統醫療相關現象及其影響因素的分析。

#### 一、受訪者之基本資料

本研究的 20 位受訪者之基本資料分佈如表二所示：包括男性 14 位，女性 6 位；年齡由 20 歲到 62 歲；教育程度由高中以下到碩士程度；職業包含零工、家管、學生、文化工作等項目；在居住地方面，除了三位分別住在花蓮市、新城鄉、萬榮鄉，其餘的 17 人均居住在秀林鄉。每位訪談者均接受過兩次以上的訪談。

表二、受訪者基本資料 (2006.12 為基準)

代號	性別	年齡	教育程度	居住區	職業	初訪日期
1	男	60	碩士	秀林文蘭	文化	2006/8
2	男	55	碩士	秀林崇德	教育	2006/8
3	男	55	專科	秀林富世	文化工作	2006/8
4	男	55	大學	秀林富世	神職	2006/8
5	男	55	未達高中	秀林佳民	農獵	2006/7
6	男	55	高中	秀林富世	文化工作	2006/8
7	男	55	未達高中	秀林銅門	鐵器	2006/7
8	男	55	未達高中	秀林文蘭	工藝	2006/8
9	男	45	未達高中	秀林佳民	文化工作	2006/7
10	男	35	高中	秀林富世	工程	2006/8
11	男	35	未達高中	秀林佳民	零工	2006/7
12	男	20	大學	秀林秀林	學生	2006/12
13	男	20	大學	秀林秀林	學生	2006/12
14	男	20	大學	花蓮市	學生	2006/12
15	女	55	專科	秀林富世	文化工作	2006/8
16	女	55	未達高中	秀林銅門	家管	2006/7
17	女	35	高中	秀林崇德	服務	2006/7
18	女	24	大學	秀林秀林	行政	2006/11
19	女	20	大學	萬榮西林	學生	2006/12
20	女	20	大學	新城北浦	學生	2006/12



## 二、疾病觀及對草藥醫療的認知

20 位受訪者的疾病觀及對草藥醫療的認知概況列於表三。

表三、疾病觀及對草藥醫療認知比例

問 題	人 數	(%)
1.能否以母語稱呼疾病	能以母語稱呼	13 (65%)
	不能以母語稱呼	7 (35%)
2.如何定義健康	高勞動力或是高工作量	11 (55%)
	非高勞動力或高工作量	9 (45%)
3.疾病的種類：不包含意外事故與受傷	20	(100)
4.疾病病因	超自然病因	14 (70%)
	非超自然病因	6 (30%)
5.是否有使用草藥經驗	有經驗	13 (65%)
	無經驗	7 (35%)
6.有無聽聞使用草藥	有聽聞	18 (90%)
	無聽聞	2 (10%)
7.父母長輩是否使用傳統草藥	有使用	13 (65%)
	沒有使用	7 (35%)
8.草藥用在哪些疾病或是傷痛	知道	15 (75%)
	不知道	5 (25%)
9.草藥未使用在宗教儀式上	20	(100%)
10.草藥的母語是什麼	能以母語表達	13 (65%)
	不能以母語表達	7 (35%)
11.是否肯定草藥的功能	肯定草藥功能	13 (65%)
	不肯定草藥功能	7 (35%)
12.除了草藥與西方醫學之外還有其它療法	20	(100%)

資料顯示：能以母語稱呼疾病者有 13 人；將健康定義為高勞動力或是高工作量者 11 人；20 位受訪者都認為疾病不包含意外事故或是受傷；會將疾病歸因於超自然病因者有 14 人；有使用草藥經驗者 13 人；有聽聞草藥療法使用者 18 人；父母長輩使用過傳統草藥者 13 人；知道草藥用途者 15 人；20 位受訪者都回答草藥沒有使用於宗教儀式上；能以母語表達草藥者有 13 人；肯定草藥功能者 13 人；20 位受訪者均認為除了西方醫療以及草藥療法之外，還使用其它療法。

### 三、與疾病觀及草藥醫療認知相關的因素

本研究除了計算受訪者的疾病觀與對草藥醫療的認知比例外，也進一步分析和這些現象有關的因素。這些相關因素的分析主要包括受訪者的教育程度、宗教信仰、年齡、家庭生活型態等。由於受訪樣本數只有 20 人，因此採取費氏準確機率檢定(Fisher's Exact Test)，以下依序列出各項訪問主題和這些變項間的相關檢定，並列出 p 值小於 0.05 的因素。以下表四至表十的 p 值均為單尾檢定。

#### 1. 如何稱呼疾病？

在 20 位受訪者之中，有 7 位受訪者不知道如何稱呼疾病，而另外 13 位則可以以母語回答疾病的語彙及概念，結果列於表四。

表四、能否以母語稱呼疾病相關因素之檢定

變 項		能否以母語稱呼		P 值
		能	不能	
教育程度	未達高中	6	0	0.04
	高中以上	7	7	
年齡	45 歲以上	11	0	0.001
	44 歲以下	2	7	

#### (1) 教育程度：

不知道如何以母語稱呼疾病的 7 位受訪者之教育背景分別為高中畢業及大學在學生。而另外 13 位可以母語稱呼疾病或是表達疾病概念者，教育背景包括未受完國民教育者 6 位，高中以上有 7 位。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.04，顯示教育程度是影響能否使用母語表達疾病概念的顯著變因。

#### (2) 年齡

7 位不知道如何以母語稱呼疾病受訪者，其中 6 位年紀在 24 歲以下，只有一位的年齡 35 歲。另外 13 位可以母語稱呼疾病或是表達疾病概念者，有 2 位的年齡是 35 歲，其他都是 45 歲以上，年紀最大者為 65 歲。在這個變因上，可以看到有一個世代(一般而論的人類世代是 20 年)的差距，也看到了對於母語疾病的稱呼可以分成兩組不同的世代。經過 Fisher's exact test

後，p 值為 0.00046 具有顯著統計意義，顯見年齡與是否能以母語稱呼疾病密切相關。

### 小結與分析：

檢定結果顯示年齡、受教育程度是影響太魯閣族人是否能使用母語稱呼疾病的相關因子，而這二個因素顯然和族人接近主流社會的程度有關。不同族群對於事物的認知差異會藉由族群語言表達反應出差異。透過「能否使用母語稱呼疾病」這個問題，可以瞭解受訪者對於疾病的認知。不同年齡或不同世代的太魯閣族人，對於傳統疾病的概念確實有差異，45 歲以上的太魯閣族人能以母語表示疾病，但主要都以「身體部位」、「痛」來表達。24 歲以下的太魯閣人在描述疾病所使用的語彙，已經出現「麻痺」、「心臟病」等屬於主流醫學的語彙，以外來語轉音的方式，變成太魯閣族的語言，也代表了對於疾病認知的改變。

## 2. 如何定義健康(母語、母語涵義)

在 20 位受訪者中，有 11 位受訪者認為健康是人具備高勞動力，4 位對於健康的概念與西方主流醫學的概念類似，3 位受訪者認為健康在於高運動量，1 位不知道，1 位認為健康在於過規律的生活(認為健康就是 gaya)。與這個現象相關的因素列於表五。

表五、對健康的定義(認知)

變 項		對健康的定義(認知)		P 值
		勞動力	非勞動力	
教育程度	未達高中	6	0	0.012
	高中以上	5	9	
家庭傳統程度	傳統家庭	7	0	0.009
	非傳統家庭	4	9	

### (1) 教育程度

11 位受訪者認為健康是具備高勞動力。而這 11 位之中，6 位未完成國民教育，1 位大學在學，2 位高中，1 位專科畢業，1 位碩士。4 位對於健康的

概念已經與西方主流醫學的概念類似，這 4 位分別為碩士、大學生、專科、高中。3 位受訪者認為健康在於高運動量，這三位都是大學在學生。不知道如何定義健康及認為健康就是規律生活的兩位受訪者，皆是大學學歷。

在這個變項中，我們可以看到未完成國民教育的受訪者，都認為健康是具備高勞動力。至於其他受訪者的健康觀，與教育背景的關聯性似乎不明顯。而認為健康是具備高勞動力的受訪者，他們通常從事高勞動力，高危險性的工作。Fisher's exact test 之 p 值為 0.012，說明教育是具統計顯著意義的影響因子。

## (2) 家庭生活傳統程度

11 位認為健康是具備高勞動力的受訪者，他們的認知都是來自於家庭。4 位對於健康的概念已經與西方主流醫學的概念類似者，有 3 位的概念是來自於家庭，另一位來自於學校。3 位認為健康在於高運動量者及一位不知道如何定義健康者，他們的觀念也不是來自於家庭，或是家庭並沒有談到健康的概念。1 位認為健康在於過規律的生活的受訪者，他的觀念則是來自於家庭。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.009，顯示家庭背景是健康概念的影響因素。

由這個變項來看，受訪者對於健康的認知大多受到家庭的影響，我們也發現學校教育會影響對於健康的觀念。但更值得注意的是，認為健康在於高運動量的受訪者，他們的健康觀念是自發的，他們的年齡通常也比較年輕，但是年齡和疾病認知的相關並未達到顯著水準。

### 小結與分析：

在關於健康定義的項目上，我們可以發現未受完整國民教育、來自比較傳統的家庭者，他們認為健康的定義在於高勞動力，而且他們多從事高勞動力、高危險性的工作。這種類型的受訪者，可說是目前太魯閣族社區部落中，主要的生產力量。他們不論信仰何種宗教，都抱持較為虔誠的態度。

### 3. 疾病的種類？(如何界定疾病？受傷、意外、是否算是疾病，內傷、外傷)？

20 位受訪者都認為疾病只限於身體的部份，受傷及意外皆不能算是疾病。

分析結果，發現教育、宗教、年齡及家庭傳統程度等四個變項，都沒有顯著的關係。但這項結論，相對於廖守臣先生所記載的「意外、受傷都是屬於疾病範疇」的概念，已經有明顯差異存在。

#### 4. 疾病成因？(過去認為疾病是如何產生？現在認為疾病是如何產生？)

20 位受訪者在罹患疾病時，會先歸因於生理的原因，如果主觀上覺得不是生理原因時，才會歸因其它原因。其中 14 位受訪者，會在遭遇到不明原因的疾病時，歸因於超自然病因；4 位受訪者不會歸因於超自然病因；另 2 位受訪者的態度不明確(自述相信超自然病因，但行為有懷疑)，結果列於表六。

表六、對疾病成因的認知

變 項		疾病成因的認知		P 值
		超自然	非超自然	
教育程度	未達高中	6	0	0.07
	高中以上	8	6	
家庭傳統程度	傳統家庭	7	0	0.04
	非傳統家庭	7	6	

##### (1) 教育程度

14 位表示在遭遇到不明原因的疾病時，會歸因於超自然病因的受訪者中，6 位未完成國民教育，2 位高中，5 位大學，1 位專科；4 位不會歸因於超自然病因的受訪者，教育程度分別為碩士、高中、專科及大學各 1 位；2 位態度不明確者，大學及碩士各有 1 位。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.07。顯示教育程度和疾病成因的認知雖然還沒有達到 0.05 的顯著水準，但已相當接近。

由教育程度變項來看，未完成國民教育的受訪者，有比較高的比率會將疾病歸因於超自然病因；不會歸因超自然病因或是態度不明確者，並無未完成國民教育者。但是也可以從另外一方面來看，會歸因於超自然病因的受訪者，不乏具有高中以上學歷者。

## (2) 家庭背景

14 位會將疾病時歸因於超自然病因的受訪者中，來自於談論較多傳統文化與較少談論傳統文化的家族，各有 7 位；4 位不會歸因於超自然病因的受訪者，均來自於較少談論族群傳統習俗的家庭；2 位態度不明確的受訪者，也是來自於較少談論傳統習俗的家族。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.04，可知家庭背景是影響因子。

### 小結與分析：

教育程度及家庭中是否談論傳統文化是顯著相關的因子。在受訪者中，態度不明確或是不會歸因於超自然病因者，幾乎都來自很少談論傳統文化的家庭。

## 5. 是否有使用草藥的經驗？

在 20 位受訪者中，有 7 位受訪者沒有使用傳統草藥的經驗，其餘 13 位受訪者均有使用傳統草藥的經驗，與相關因素的分析見表七。

表七、使用草藥經驗的檢定

變 項		有無使用草藥的經驗		P 值
		有	沒有	
教育程度	未達高中	6	0	0.04
	高中以上	7	7	
家庭傳統程度	傳統家庭	7	0	0.02
	非傳統家庭	6	7	

### (1) 教育程度

13 位有使用傳統草藥經驗的受訪者，6 位未完成國民教育，5 位大學學歷，專科及碩士學歷各有一位；7 位沒有使用傳統草藥經驗的受訪者，3 位高中學歷，2 位大學學歷，專科及碩士學歷各有一位。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.04，可見是否使用傳統草藥的經驗和教育程度有密切關係，高中以下程度者 6 人都有使用傳統草藥的經驗，高中以上程度者則大約只有半數有使用傳統草藥的經驗。

## (2) 家庭背景

在 13 位有使用過傳統草藥的經驗的受訪者，有 7 位來自於較常談論族群傳統文化的家庭，6 位來自於較少談論傳統文化的家庭。另外 7 位沒有使用過傳統草藥經驗的受訪者，都是來自於較少談論族群傳統文化的家庭。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.022，顯示家庭背景是顯著的影響因子。就家庭背景而論，較常談論傳統文化的家庭比較有使用傳統草藥的機會。

### 小結與分析：

經過檢定，教育程度及家庭傳統程度皆是與草藥使用經驗高度相關的因子。高中以下教育程度的受訪者，年齡大約在 55 歲的這些受訪者，他們都有從事過勞動工作的經驗，其中都有在高山林班工作過，在那樣的工作環境中，會就地取材使用草藥療法，是相當自然而可以理解的現象，也顯示出族人在適應自然環境的行為反應。

就家庭背景來看，雖然較常談論族群傳統文化的家庭，有較高的機會讓家族成員使用傳統草藥，但是即使是較少談論族群傳統文化的家庭，草藥療法也曾經是家庭生活的一部份。即使受訪者在較少談論族群文化的家庭中成長，通常也有體驗草藥療法的機會。

## 6. 有沒有聽聞使用哪些草藥？

有 18 位受訪者聽聞草藥療法的存在，其他 2 位受訪者則是未聽聞過如何使用。而 18 位受訪者都有提到草藥的用法(每個人 1 到 2 種在他們所知範圍內所知道的用法，主要是服用及外敷)。由於大多數受訪者都有聽聞草藥療法的存在，因此沒有任何一個因素和這個現象顯著相關。

## 7. 自己父母或是長輩是否曾經使用過草藥？

有 7 位受訪者的父母沒有使用過傳統草藥的經驗，另 13 位受訪者的父母有使用過傳統草藥的經驗，結果參見表八。

表八、父母或長輩是否曾經使用過草藥

變 項		父母是否使用過草藥		P 值
		有	沒有	
教育程度	未達高中	6	0	0.04
	高中以上	7	7	
家庭傳統程度	傳統家庭	7	0	0.02
	非傳統家庭	6	7	

### (1) 教育程度

在 13 位能夠回答父母長輩有草藥使用經驗者中，有 6 位未完成國民教育、5 位大學、1 位專科及 1 位碩士。另外 5 位回答沒有的受訪者中，有 3 位高中、大學 2 位，1 位專科及 1 位碩士。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.044，顯示教育程度是顯著影響因子。

### (2) 家庭背景

在 13 位能夠回答父母長輩有草藥使用經驗者中，有 7 位來自於較長常談論族群傳統文化的家庭，6 位來自於較少談論族群傳統文化的家庭。其他 7 位回答沒有的受訪者，都是來自於較少談論族群傳統文化的家庭。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.022，家庭背景是顯著影響因子。

### 小結與分析：

教育程度與家庭背景是影響因子，而使用草藥的經驗通常與家中長輩是否有使用經驗有關。在訪談中發展現，會使用草藥的長輩通常會順手把一些草藥給自己的兒女或是孫兒女使用，這是屬於家庭生活的一部分，也是家庭中濡化過程(enculturation)常見的現象。

### 8. 草藥用在哪些疾病或是傷痛上？

有 15 位受訪者對於草藥的功能認知主要集中在患部止痛或是外傷處理；其餘 5 位受訪者不知道草藥用在什麼疾病或是傷痛上。由於大多數受訪者都認為草



藥具有止痛或治療外部傷口的功能，因此沒有任何一個因素和這個現象顯著相關。唯一比較接近顯著相關的因素是家庭傳統程度 ( $p=0.08$ )：來自傳統家庭的受訪者 7 人，全部都知道這個功能，但是來自非傳統家庭的 13 人中，有 8 人知道，但有 5 人不知道這個功能。

### 9. 如何使用草藥(一般法或是宗教法)?

20 位受訪者都認為草藥是屬於一般的療法，與宗教或是超自然治療沒有關係。這個訪談項目並未受到不同教育背景、不同宗教信仰、不同年齡、不同家族背景等因子的影響。筆者在這個項目的訪談，有特別注意到太魯閣族的草藥運用，是否與阿美族的草藥在巫醫療法的運用有無類似的觀點(吳雪月，2000；鄭漢文、呂勝由，2000)。但是並沒有訪談到相關的資料。

### 10. 草藥的母語是什麼?

有 13 位受訪者可以說出“草藥”的母語，另外 7 位受訪者(20 歲到 35 歲)無法以母語表達草藥的語彙或是概念，其結果列於表九。

表九、草藥的母語

變 項		能否以母語稱呼		P 值
		能	不能	
教育程度	未達高中	6	0	0.04
	高中以上	7	7	
年齡	45 歲以上	11	0	0.001
	44 歲以下	2	7	

#### (1) 教育程度

在 13 位可以說出草藥母語的受訪者中，有 6 位未完成國民教育、2 位高中、1 位大學、專科及碩士各 2 位。另 7 位無法說出草藥母語的受訪者中，1 位是高中，6 位是大學。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.044，顯示教育程度是影響的因子。

## (2) 年齡

能夠說出草藥母語的 13 位受訪者，年紀都在 35 歲以上，不能夠以母語說出草藥的受訪者年齡則是 18-35 歲。35 歲似乎是一道分水嶺，較年輕的太魯閣族人，無法使用母語表達藥草的概念。Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.00046，年齡是顯著影響因子。

### 小結與分析：

經過檢定，年齡與教育程度是影響因子。從以上的分析而言，較年輕的太魯閣族人或是來自於比較少談論族群傳統文化家庭的太魯閣族人，比較難以母語表達草藥的概念(有藥物作用的草或是葉子)。另外就筆者訪談時的觀察發現，家庭中如果時常談論傳統族群文化，受訪者使用母語的流利程度會比較好，也比較能夠具備該族的邏輯思考。至於年齡所呈現的影響，筆者會比較傾向解讀為年輕的受訪者對於母語的運用熟悉程度與年長的受訪者有所差異。

## 11. 草藥所具備的功能？

有 13 位受訪者對草藥功能肯定，4 位對於草藥的功能持保留的態度，3 位不肯定草藥的功能，其結果列於表十。

表十、草藥所具備的功能

變項		肯定草藥功能		P 值
		肯定	不肯定	
教育背景	未達高中	6	0	0.044
	高中以上	7	7	
家庭背景	傳統家庭	7	0	0.022
	非傳統家庭	6	7	

### (1) 教育程度

在 13 位肯定草藥具備功能的受訪者中，有 6 位未完成國民教育、5 位大學、專科與高中各 1 位。而 3 位不肯定草藥功能的受訪者，教育程度分別為

高中 1 位，大學 2 位。其他 4 位對草藥功能持保留態度的受訪者，分別為高中與專科各 1 位、2 位碩士。

Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.044，顯示教育程度是影響對於草藥功能認定的因子。但是配合參與觀察的資料有一點十分有意思，對草藥功能持保留態度的 4 位受訪者，均是太魯閣族地區的著名文化工作者或是著名文史工作者。

## (2) 宗教信仰

在 13 位肯定草藥功能的受訪者中，有 3 位信仰基督教會、4 位信仰真耶穌教會、1 位屬於傳統信仰、5 位無特定信仰。而 3 位不肯定草藥功能的受訪者中，2 位信仰天主教會，1 位無特定信仰。其他對傳統草藥持保留態度的 4 位受訪者，都無特定信仰。

檢定結果顯示，宗教並不是影響太魯閣族人肯定草藥功能的影響因子。此外，就筆者在部落的訪談以及觀察而言，基督教會、真耶穌教會、天主教會等團體的神職人員，大多會鼓勵會眾尋求西方主流醫療。

## (3) 年齡

13 位對於草藥功能肯定的受訪者，有 4 位年齡 20 歲，2 位年齡 35 歲，1 位年齡 45 歲，6 位年齡 55 歲。而 3 位對草藥功能不肯定的受訪者中，年齡分別為 20 歲、24 歲及 35 歲。其他 4 位持保留態度的受訪者，3 位年齡 55 歲，1 位年齡 60 歲。

在肯定草藥功能的受訪者中，4 位 20 歲的年輕受訪者都曾經親身服用過傳統草藥，其餘 9 位 35 歲以上者，都有在山林工作的經驗，有就地採取草藥運用的經驗。

## (4) 家庭背景

Fisher's exact test 檢定之 p 值為 0.022，顯示家庭背景是顯著影響因子。在 13 位對於草藥功能肯定的受訪者，有 7 位來自於較常談論傳統文化的家庭，6 位來自於較少談論傳統文化的家庭。而 3 位對草藥功能不肯定的受訪

者，都是來自於較少談論傳統文化的家庭。4 位對草藥功能持保留態度者也都是來自於較少談論傳統文化的家庭。因此對於草藥功能不肯定或是持保留態度的受訪者，都是來自於較少談論傳統文化的家庭。

### 小結與分析：

家庭與教育有統計顯著意義。此外，太魯閣族人對於草藥功能肯定與否，不論是以年齡或是家庭背景來看，最重要的是有親身體驗過草藥實際效果者會比較容易肯定草藥功能的態度。

### **12. 除了草藥是否運用其他療法**

20 位受訪者除了提到西方主流醫療以及草藥療法以外，也都提到有其他的療法(真耶穌教會靈恩禱告、長老教會禱告、殺豬犧牲、天主教聖水驅魔、傳統女巫法器、台灣民俗宗教作法祭祀)。因此，這個議題和教育背景、宗教信仰、年齡或家族背景等因素都沒有顯著關係。

## 第五章

### 質性資料分析

本研究所收集的資料除了上一章的可量化資料外，另有一部份資料係以深度訪談方法(in-depth interview)得來，這些質性資料不僅反映出報導人的醫療觀點與行為，同時顯示出目前太魯閣族的傳統醫療，仍然存在於族人的日常生活中。但在另一方面，訪問及觀察的資料也顯示，傳統療法在現代太魯閣族社會中已經相當程度的式微。下文擬依序說明質性資料歸納的結果，最後將總結說明太魯閣族傳統醫療的現代變遷狀況。

#### 1. 對西方醫學的態度

西方醫學是目前在太魯閣族部落社區最主要的醫療體系。但是，太魯閣族人並非全然以正向的態度面對西方醫學，包括抗拒、懷疑等態度。這些態度影響了太魯閣族人是否會進入西方醫療體系及是否有良好的從醫性。

醫生很壞，沒有安好心，會用刀片割，還會打針，很痛。我沒有生病，你們不要把我當成生病，我自己的身體我自己知道要怎麼處理，我又沒有什麼痛的感覺，到藥房配藥，我不要去看醫生。(Delo)

我騎車摔倒骨折，燒傷，沒有什麼痛，但是一打止痛針下去，有喝醉的感覺。我慢慢的往醫院外面移動，然後躲到山裡面，讓傷慢慢的好起來。等到教會辦耶誕節活動的時候，我才會下山。(Delo)

每次醫生打針的時候，我就全身不舒服，我不知道打什麼藥到我的身體裡面，想到藥物在我的身體裡面亂流，我就覺得十分的不舒服，很恐怖。(yanyan)

我睡覺睡醒，一邊的臉麻痺，爸爸看看我，然後說，換一邊睡看看會不會好。隔天，另外半邊的臉也麻痺了，爸爸問我會不會痛，我覺得不會。又過了好幾天，爸爸覺得不好看，才帶我到醫院。(ipeq)

每次醫生開的藥，我有吃啊！但是，等到症狀消除的時候，我大概就會停藥吧！沒有幾次有把藥全部吃完。沒病了就不要吃藥了吧！吃那麼多藥對身體又不好。(芝)

以上的訪問資料呈現出目前太魯閣族人對於西方醫學主要的幾種負面態度。不管是手術、注射、服藥等治療方式，都可以由受訪者的談話態度，觀察出

對於西方醫學治療方式的不信任(西醫的藥不知道是什麼，會有喝醉感，不知道的藥物在身體裡面流動)，甚至是反感(醫生不安好心，吃那麼多藥也不好)。而對於西方醫學反感與不信任的態度將延誤太魯閣族人進入西方醫療體系或是遠離西方醫療體系。

此外，我們也發現受訪者對症狀嚴重度的感受(骨折燒傷不痛，打針很痛；半邊臉癱瘓不嚴重，兩邊癱瘓還好，因為不好看所以就醫)，也是決定是否適時尋求西方主流醫療，甚至是進入西方主流醫療系統後，是否能有良好從醫性的因素。筆者在部落採訪時發現不論是年長或是年輕的太魯閣族人，對於疾病的嚴重度的認知與漢族有明顯差異。

目前大部分的太魯閣族人以西方醫學的治療為主，但是進入西方醫學的醫療體系以後，還是會以自我認知意識來決定接受醫療的方式。以下幾位受訪者的述說明顯反應出這樣的傾向。

我工作好幾天，身體很累，所以我要去打針。如果沒有打針，我沒有辦法消除疲勞。你看，我到山裡面工作的時候，我一定要吃西藥，吃了我才有力氣，我爬山的時候，才能夠更好呼吸。但是我長期打針吃西藥，也會有毒，所以我要用喝高山草藥煮的水，把體內西藥的毒排掉。(李)

媳婦，我現在有錢，你帶我到八〇五醫院看病。媳婦我現在錢不夠，你帶我到村子邊的診所看病。媳婦，我現在沒有錢，你帶我到衛生室看病。其實以前來這邊幫忙給我們打針的醫生最好，他用的藥最貴，最好。但是診所還有衛生室的藥比較不好，因為很便宜或是不需要錢。(Delo之母親)

我父母他們看病是有分別的。全身都不舒服的時候，會要我開車帶他們到門諾去看病。但是如果感冒，他們會到衛生室去看病，可是頭痛或是肌肉酸痛，會去村子另外一邊的診所看病。(康文)

以上的訪談資料呈現出太魯閣族的強力自我認知意識。筆者與太魯閣族人有數年互動交流的經驗，發現族人的自我意識十分強，而這樣強烈的自我意識，也表現在對於西方主流醫學的態度。

根據訪談資料，受訪者是否要接受何種治療方式不是由醫生決定，而是由自己對自己身體的主觀感受來決定(我一定要打針吃藥，才能消除疲勞有力氣)。受訪者也會以自我的價值觀，來判斷西方主流醫療的療效(貴的無照密醫給的藥、打的針，絕對會比不用錢的衛生室有療效；西藥效果很快，但是會有毒素累積在身體中，要用高山草藥去除毒素)，也會主觀的認定每位醫師對於不同的病症的

診療效果不同(感冒看衛生室，頭痛看診所)。

以自我意識決定治療方式的效果、不同醫療單位的效果、不同醫療人員的效果、不同的付費等於不同的醫療效果，這些是目前太魯閣族人對於西方醫學所表現的認知情況。

## 2. 草藥療法的改變情況

草藥療法是太魯閣族傳統醫療的一部份，也可以說是太魯閣族過去普遍醫療的重要部分。但是隨著西方醫學與中醫草藥的盛行，傳統草藥療法的運用情況也受到影響，面臨式微或是轉型。

說到傳統的草藥，有的可以是止痛，有的治療外傷，有的是消炎藥。但是在野外找比較麻煩，所以我都會到藥房買止痛丹、OK 綑、還有撒隆巴斯。不過，山裡面還是有很好的草藥。有當中醫的朋友教我去拿這樣的草藥，這是長在懸崖上的，用來煮水喝，煮了以後可清肝，可以把西藥的毒素都排掉。另外這種要泡在烈酒裡面，然後就是治療蛇毒的好藥方。(李)

對於草藥，我會的還不算多，但是我知道果子狸的油，可以治療皮膚上面的潰爛。這是我以前在烏來跟泰雅族學的，而泰雅族又跟漢人學的。以前我有特地幫我的岳母抓過，用那個油擦過皮膚，真的可以讓潰爛痊癒。(Delo)

我去山裡面工作的時候，被兩傘節咬到，整個腳都腫起來。我馬上到河邊，又喝米酒頭，然後用扁的石片，不斷的刮被咬的地方附近，把毒跟血都刮出來，然後去附近找野生的草藥吃。如果是百步蛇或是眼鏡蛇，那一定要多找幾種不同的蛇草來當藥，這樣才會有治療的效果。(明)

這三段訪問資料呈現出太魯閣族目前傳統草藥醫學運用的改變。筆者在部落進行田野觀察時，發現只要還有在野外工作的太魯閣族人，他們多少都會一些採集野外藥草自救的技術。但是如果深入討論要使用哪些草藥時，卻發現因西藥的可近性，已經改變太魯閣族人對於傳統草藥的使用習慣。因為受訪者都覺得在野外找尋草藥，是件很麻煩的事情，而隨身攜帶西藥卻是很便利的事(野外找草藥很麻煩，但是我可以到藥房買數種藥物很方便)。

此外，單就生藥醫學運用來看，傳統的用藥模式也發生改變。以前是單一草藥治療單一症狀，但是現在會同時服用多種傳統草藥，並且配合飲酒，放血等方式成為複方治療(喝米酒頭，刮傷口放血，吃數種草藥才有療效)。而且與周邊的文化互動(做中醫的朋友教我的；我跟泰雅族學，泰雅族跟漢人學)，也開始使用太魯閣族傳統草藥系統所沒有的藥方(懸崖的靈芝煮水，白色的根泡酒，果子狸

的脂肪用來治療皮膚潰爛)。

西方醫藥取得的便利性，使得原本就地取材的傳統草藥使用習慣被西藥取代，這是目前太魯閣草藥醫學式微的情況。另一方面，因為可取得的新物資（高濃度酒類），新累積的草藥使用經驗及專業中醫草藥或是中醫偏方的訊息，成為現今太魯閣族草藥醫學的一部份，這是太魯閣族草藥轉型的現況。

### 3.超自然事件與傳統醫療的關係

太魯閣族的傳統醫療除了草藥醫療，還包含超自然現象的巫醫療法。巫醫療法包含許多超自然現象，這些超自然現象對於太魯閣族人的影響不只是在個人層次，更延伸到族群的層次。

經過多年的田野查考，在花蓮找到馘首祭歌的古調，也重新製作出獵首笛。我們夫婦跟據日據時代的記載，再次的還原馘首祭典的祭祀典禮，並將其中的招魂部份以藝術方式展現。但是好幾次展演這部份時，都發生了不可思議的現象：舞台上沒有乾冰，但是卻出現了煙霧狀的臉孔；在布洛灣表演時，天空的雲霧突然變成臉孔的形狀。有水源村那裡的朋友，因為很專心聽這首古調，所以有一段時間常常說看到先人的靈。過去發生流行病的時候，會進行馘首祭儀，在當時這些靈異現象，對於身體不健康的人是有治療的作用，也是可以促進整個族群健康的重要力量。在舉行馘首祭儀的時候，部落會把生病的人帶到首級邊，然後參加獵頭的人會用沾過人血的刀，作勢在生病的人患部揮砍。然後村子裡會喝混有首級血液的酒，巫醫也會在這個時候，用小米沾血然後蒐藏起來。(薛)

對於傳統的太魯閣族來說，馘首祭儀(出草)與整個部落的強盛有很密切的關係。受訪者夫婦是部落的文史工作者，他們用多年的時間試著重建出紋面民族的文化價值觀。獵首祭儀的重新演出，是他們文化重建的重點項目。他們提到當祭儀運作的時候，常發生超自然現象（靈異相片、雲氣變化）。他們相信，傳統馘首祭儀在運作的時候，必然也會有許多超自然的現象。這些現象都會讓部落狂喜，相信藉由獵首的祭儀，把敵人的能量帶到自己家族，變成自己家族的能量。這些增加的能量，更讓自己家族的庇佑更加強大，整個族群都會很強盛。

這樣的論點是我與太魯閣族社區多年互動中，聽到較為完整，並且在整個太魯閣族傳統能量及健康上最適當的解釋論點。也因為這樣的論點，我們可以解釋為何在傳統的太魯閣族巫醫醫療中，會特別需要使用到沾染敵人血液的粟米、沾染過敵人血液的戰鬥刀具（戰爭刀具與狩獵工作刀具是分開使用）、混合敵人血液的酒。這些都是象徵帶有生命的能量，對於個人而言，這些能量可以驅趕不潔



的能量，或是增加自己不足的生命能量。對於部落而言，則是增進了部落的庇佑能量，也就是增進了部落的整體健康（生理、心理、社會）。

#### 4. 巫醫療法

在太魯閣族的傳統醫療中，巫醫扮演很重要的角色。巫醫不只行使醫療的儀式，更將太魯閣族傳統的宇宙觀與疾病觀包含在醫療的儀式之中。傳統的巫醫正在凋零，但是在太魯閣族部落社區中，「巫醫」的角色還是存在於族人的印象中。

我的祖母是巫醫，她會在擁有同一個祖先的年輕女孩裡面挑選繼承者。被選到的女孩，會開始跟著學習作法、問占、醫病。但是一個女孩要變成一個真正的巫醫，必須要能夠通過考驗，這個女孩必須要能夠找到能夠進入到這個女孩子身上的靈。只要這個女孩能夠找到一個可以進入她身體的靈，她會根據靈的感動雕刻紅檜木的木，讓靈寄居到木像中，這樣就可以正式的成為巫醫。以前的族人受傷或是生病，自行用草藥醫療沒有效果以後，就會找我的祖母。我的祖母會開始問占，用卜竹開始問，只要確認了是靈體作祟的時候，卜竹就會黏在手指上，然後向靈體詢問應當如何醫治。如果遇到了無法談判的靈體，巫醫會把靈體請到自己身上，有時候還會把整個所繼承的巫醫系統的靈體請到身上，然後對著蓋著布的藤籃祝禱作法。然後生病的當事人與巫醫，就可以在藤籃裡面看到病因，也看到醫治的辦法。巫醫的傳承，以前是分為男性以及女性：男性的巫醫要學習害人以及救人的法術；而女性的巫醫只學習救人的法術。祖母那時候說男性巫醫的法力，是比女性巫醫強大的。（給哇）

太魯閣族的傳統醫療分為兩個大類，一個就是屬於每個人必備的草藥療法，另外一個就是屬於巫醫療法。這段訪談資料來自於居住於文蘭地區巫醫的後人，他曾聽聞身為巫醫的長輩談論巫醫療法。在傳統上，巫醫會以血緣（同一個祖先）作為選擇繼承者的第一考量，其次才是選擇以禮物為束脩想要學習巫術醫療者。

整個巫醫系統的傳承，就是在於「靈」的傳承。因為一位女性巫醫要能夠出師（或稱通過入會禮），必須找到可以對應的「靈」。而整個巫醫系統的傳承，則是在於每一代的巫醫，能夠繼承前一代巫醫所祭祀的「靈」群。而「靈」也會因為世世代代的加乘，不斷增加力量，也正是受訪者所說的愈悠久的巫醫系統，所帶有的靈能愈大。不論是請靈體治病，或是透過靈體看到病因，指示治療的方式，這些概念都是建築在「靈」的認知上。

但是由於巫醫的凋零與巫醫療法的式微，使得新一輩的太魯閣族人正以新的認知，重新詮釋巫醫對於部落社區的角色。

我對於巫醫治療的觀點就是心理諮商。巫醫體系在過去是最了解部落中每

個家族的歷史淵源，所以當部落的族人遭遇到病痛而尋找巫醫的時候，巫醫會以每個家族的歷史淵源為作為疾病歸因，而患者的心理上找到疾病的歸因後，透過儀式會解除心理困擾，對於疾病的感受也就會紓緩。(康文)

除了相信巫醫藉由運作「靈」以治療的觀點以外，也有其他的觀點解釋巫醫的角色。第二段訪談中的受訪者，則認為巫醫在傳統醫學上扮演的最重要的角色，就是在「心理層面上找到疾病的歸因」，至於巫醫儀式都是用來紓解「心理上對於疾病的感受」。在我的訪問過程中，這樣的觀點是很特別的說法。受訪者是高學歷的青年，這樣的觀點顯示年輕或是高學歷的族人，對於巫醫角色的認知不再是「靈」的運作，而且試圖以現代知識，例如心理健康的觀點重新詮釋巫醫的角色。

## 5.傳統飲食習慣與健康

在部落訪問期間，與受訪者討論到「如何增進健康」，許多受訪者直覺的回答都與飲食相關，獵物被太魯閣族人認定為促進健康的食品。

我們把動物的殘骸(骨頭、牙齒、耳朵、蹄、尾巴)掛起來，有時掛在門沿、有時掛在工寮或是窗戶邊。因為這樣做我們可以抓更多的動物，動物會跑來讓我們抓。(delo, 李)

傳統上，我們相信動物都是有 *Buhring* (獵靈)。而獵人的狩獵成績越好，他的 *Buhring* 也會越多，他就會強壯而且健康，而且會打到更多的獵物。因為 *Buhring* 會幫忙帶來更多的獵物，但是獵人一定要遵守 *Gaya*。(黃)

在這兩段訪談中所提到的，是傳統觀念中對於獵物的看法。獵物不只是食物，也同時帶有靈能。這樣的觀點，我們可以發現太魯閣族人，將獵物視為良好的食品，不只出於食物營養的觀念，更出於獵物帶有靈能，可以增進人體的力量。

對於太魯閣族而言，獵物是促進健康的飲食。生食特定獵物的內臟，對於太魯閣族人而言，更是具有特定的顯著療效。跟據筆者在部落社區的觀察，只要還有狩獵行為的部落，通常都可以調查到生食內臟的案例。

山裡面的東西是很衛生的，不像是山下的東西都是污染。而且動物的內臟是很營養的，吃了以後都是會讓身體強壯。你看山羌、鹿的血跟肝臟最好。血混合米酒，喝完以後，在冬天都不會感覺到冷。肝臟生吃，很甜，吃完以後也不會怕冷。(delo)

傳統的健康有很大部分跟飲食有關，動物的內臟是很好的食物。動物的內臟在母語中是說可以直接吃的食物，也表示動物的內臟是熟的食物。所以可以吃，

很衛生。(高)

飛鼠的內臟是最好的補藥。因為飛鼠都不會碰到地面，所以很乾淨。而且飛鼠吃的食物，都是高山的草藥或是最高樹頭的草藥，這些草藥都在飛鼠的腸胃裡面，生吃下去就像是吃草藥，可以醫療疾病，尤其治療胃病。(李)

即使到了今日，在太魯閣族分布的地區，生食特定獵物內臟，依然屢見屢聞不鮮。這幾位受訪者點出生食內臟的原因：主觀的味覺認知(肝臟生吃，很甜)、飲食習慣認知(動物的內臟是熟的食物)、營養與藥用認知(飛鼠的胃治療胃病；血混合米酒，喝完以後在冬天都不會感覺到冷)。而這些認知又與太魯閣族人的生態觀點有關(山裡面的東西是很衛生的，不像是山下的東西都是污染；因為飛鼠都不會碰到地面，所以很乾淨。而且飛鼠吃的食物，都是高山的草藥或是最高樹頭的草藥，這些草藥都在飛鼠的腸胃裡面)。這些觀點影響了太魯閣族特有的飲食習慣。

## 6. 隔離預防

在文獻回顧中有提過隔離是泰雅族過去用來對抗不明疾病的策略。即使到了今天，筆者在部落的觀察也發現到，太魯閣族人對於不衛生的人、事、物會表現出隔離的行為。

我很不喜歡待在醫院裡面，附近都是生病的人，會把病傳染過來。所以我要快點離開醫院回家。這實在很恐怖。我硬是要醫生開藥給我，我要回家，不要跟病人在一起。(李)

為什麼颱風的時候要緊急撤離？我在家這邊很安全啊！把我們都集中到小學的體育館裡面，好多人咳嗽、吐痰，還吃泡麵、檳榔，還有在那邊喝酒的。很可怕，會把病傳染過來。(李太太)

在日據時代泰雅族的民族誌紀錄中，提到泰雅族會在發生流行病的時候進行隔離。在與受訪者的訪談中，也提到了傳統太魯閣族的部落，如果發生流行病的時候也會進行隔離的行動。這樣的概念持續到現代，根據受訪者的說法與筆者的觀察，太魯閣族人對於生病的人會保持距離，不管是實際的保持距離的行為(刻意遠離或是拉上窗簾、圍幕、屏風)，或是心理上覺得對方不乾淨，都是想要隔離或是想要遠離病人的概念。但是有時因為遠離病人的觀念，太魯閣族人會遠離醫療單位，或是在治療過程尚未完成的時候脫離。筆者發現除了對西醫醫療的負面態度外，為了隔離其他病人，也是造成脫離治療過程的原因，例如訪談資料所

看到的，寧可回家養病而不願意住院。

## 7. 超自然現象與意外的關係

當太魯閣族人遇到意外事件卻又沒有合乎常理的解釋時，會歸因於超自然因素。意外事故是太魯閣族地區的主要死亡原因，透過太魯閣族對於意外的超自然歸因探討，將可以更進一步了解太魯閣族對於意外事故的族群觀點。

有一次，我妹妹去海邊玩，可是回家以後，會常常用不是她平常的語氣，甚至不是她的聲音說話。剛開始帶到身心醫學部門看病，但是醫院的檢查談話卻都顯示正常，顯示我妹妹沒有生病。結果有時候妹妹會突然尖叫，然後不是自己的聲音，家裡的男人們都抓不住她。我拿著天主教的念珠壓到她的身上，妹妹突然尖叫，然後昏倒，體溫由冰冷瞬間升高。又送到醫院以後，妹妹慢慢醒來，有個姑媽拿了以前巫醫的卜竹給我，我剛到房間，妹妹又尖叫，說我拿什麼東西，那不是妹妹的聲音，我硬把卜竹握在妹妹的手裡，妹妹又昏過去，體溫又是由冰冷瞬間升高。沒多久妹妹又醒來，用不是她的聲音咆嘯，彷彿是另外一個人在跟我們說話，威脅我們家人。父母帶著朋友介紹的漢人法師來，那個法師開始跟用奇怪語調說話的妹妹談判，後來經過祭拜，又到家裡做了法事，妹妹才好了起來。妹妹對這件事情沒有記憶，大家都跟她說因為那段時間她生病昏迷，沒有告訴她實話。(麗)

西方主流醫學以及部分的中醫概念，已經影響太魯閣族的疾病歸因。這份訪談資料中的當事人，所遭遇的事件算是特例。但是這份資料，則顯示了一個重要的訊息「當尋找不到中醫或是西醫的疾病歸因，就會轉而尋找其他的疾病歸因」。

當受訪者的妹妹，突然有類似精神病患多重人格出現(用不是她平常的語氣，甚至不是她的聲音說話)，但是西醫卻診斷不出病因，而且有不合常理的生理現象(體溫由冰冷瞬間升高；家裡的男人們都抓不住她)，於是開始尋求宗教的力量(天主教的念珠、傳統的卜竹，漢人民間信仰作法)，直到能夠有治療效果為止。到了事件結束，也以避諱的態度不加談論。在筆者於部落數年的觀察中，發現太魯閣族人對於精神失調方面的疾病，十分避諱。

傳統上，太魯閣族人相信先人的靈體與他們同在。而以下受訪者所遭遇的事件則說明了這項認知。

我照例晚上上山去看陷阱，想要看夾到什麼獵物。但是才走過一個山頭，就很不舒服，然後眼睛什麼都看不見，一片黑暗，我摸索著坐在獵徑上面。但是我有看到白色的影子，離我越來越近，我只看到那些白色的影子越來越明顯，穿著我們老人的衣服，臉上有老人的記號。他們到我面前牽我的手，我跟著他們一下

走，一下爬，等到我可以看到的時候，我已經回到部落裡面了。(布隆)

筆者曾經兩次到達受訪者病發中風的地點，該處十分偏僻而且地勢險峻。路面遍佈碎石，寬約一張辦公桌，往深山方向的獵徑，路會狹窄到大約兩張 A4 紙張的長度，往山下部分雖然路面較寬，但也僅達一輛小型卡車的寬度。完全喪失視力的人，在這樣的山路上能夠安全的回到部落，的確有難以常理解釋的地方。而根據受訪者的描述可以知道，太魯閣族人仍然相信先人的靈與他們同在。

我們教會是真正信仰耶穌的教會，所以是真耶穌教會。有會眾生病的時候，我們教會的會眾都會協助禱告。如果是小病，那就是我們一個會所禱告；如果是很嚴重的病，就會集合這附近三個會所一起禱告。平常禱告大概都維持 20 分鐘，而請求醫病禱告的禱告，會持續到 1 個小時以上。我們用靈力禱告，不是用人的話禱告，所以我們會受到感動，說出不是人說的話，這是靈讓我們說的。因為這樣的禱告，我家庭變的不會吵架，越來越平安，而且好幾次生病，我都能慢慢康復。(李)

在部落裡，基督教系統(天主教、基督教、真耶穌教會)已經以很大的比例在取代太魯閣族原本的宗教。在筆者的觀察中，相對於部落其他的教會，真耶穌教會更強調「靈恩」、「靈言」。在真耶穌教會的禮拜活動時，會眾會發出抖動的語音或是叫聲，全身會顫抖。根據受訪者說，這是因為來自於神的靈與他們同在。而因為透過靈來禱告會有很大的力量，越多的人一起禱告，靈的力量越大，越有可能完成很多事。此外，從受訪者的訪談內容中，也可以看到現在一定人數的太魯閣族人，相信基督教信仰的力量，可以改變生活以及健康。

那天 Delo 上山，平常都獨來獨往，偏偏那天硬是帶著表弟跟著去。我睡到半夜，突然被嚇醒，我跪地禱告。後來 Delo 跟我說，他跟他表弟在夜間下山的路上，突然暈眩滑落山谷，結果土槍卡住岩壁上的樹根，而表弟剛好趕到把他拉起來。發生的時間正好是我被嚇醒的時間，我跟 Delo 都相信這是神的旨意在保護我們。(薛與 Delo)

對於受訪者夫婦來說，一連串的巧合(表弟隨行、獵槍卡住樹根、半夜嚇醒與摔落的時間相近)防止了意外的發生，所以他們會把事情歸因到神靈。而筆者的觀察中，有許多從事高勞動或是高危險工作的族人，將未知與巧合歸因於神靈或是冥冥之中的安排。

以上三段訪談資料雖然都是各自獨立的特殊事件，但同時具備一個共通點「因為超自然的靈作用，改變了健康狀態」。不論是「靈」作用，讓腦部急性損傷患者度過危機；多重巧合讓意外的危害沒有發生；潛移默化的改善生理以及家

庭健康都代表著太魯閣族人相信「健康狀況受到靈的影響」。

## 8. 靈與健康危害

上段的訪談資料提到了因為靈的作用而促進健康減少意外事故危害。但是對於太魯閣族人而言，靈在更多的案例中是事故或是未知疾病的影響因子。

我正在教同學跳山地舞的時候，突然心臟很痛，結果就不醒人事了。等到醒來了以後，我很快的打電話給哥哥，問他有沒有做壞事(不正常的性行為)，沒想到電話一接通，哥哥先問我有沒有做壞事。我們兩個想想不對，趕快打電話回家跟家裡說，我們都有做壞事，然後家裡就幫我們處理了。(yanyan)

我姐姐帶我騎車，結果好好的突然龍頭失控，我跟我姐姐就摔車了，但是只有我受傷而且骨折。姑媽就跟我說，她有做夢，夢到很多老人，他們說他們肚子好餓了，所以我們會受傷，要準備殺豬給那些老人吃。(芝)

這兩位受訪者都是太魯閣族的大學在學生。儘管台灣的大學學歷的比例提高很多，但是在太魯閣族部落中，大學學歷的年輕孩子，依舊是部落的高知識、高教育水準的份子。儘管是高教育水準，在遇到難以歸因的情況時，就會歸因在不可思議的事情上。但是，從太魯閣族大學生訪談的經驗來說，有兩點十分特別的變化：首先筆者發現 45 歲以上的長輩，比較會以反省態度做歸因(我做錯了什麼)；而 22 歲以下的年輕孩子，在遇到問題時，會先以檢討別人的方式做歸因(別人做錯什麼，先問哥哥有沒有做壞事)。

在文獻中，Gaya 包含著全面而完整的社會規範，違反禁忌(目前特別強調男女關係的禁忌)引發靈作祟而產生事故或疾病，是太魯閣族人的主要超自然病因認知，其次病因則是靈透過作祟要求祭祀。但是新一輩的大學在學青年，對於 Gaya 的認知最直接的反應，則是發生不當的男女關係後，隨之而來的天譴處罰。

## 9. 犧牲祭祀

目前太魯閣族人最常用「犧牲祭祀」，來處理不可思議的疾病或意外事故。不同宗教信仰，學歷、年齡的太魯閣族人都有過「犧牲祭祀」的經歷。

我夢到她死掉的爸爸在打她，而她今天也打電話給我說做了同樣的夢，而且又開始生病。她一定是在外面做壞事，所以會做這樣的夢，而且生病。叫她快點回來殺豬，殺完豬以後，病就會好了。(Delo 的母親)

那隻豬的喉管被割開以後，應該都把血放乾了，正常的豬這個時候都該死了，

但是這隻豬，居然站起來走了好幾分鐘才死。放出來的豬血，用固定在石灶上的鍋子煮，煮到最後沒有風，沒有貓狗碰到鍋子，但是鍋子卻翻掉。根據長輩說，這種情況的豬，都是用來替死的，而這種情況的豬肉，村子裡沒有人願意分來吃，只有很窮的人才會來分肉吃。因為這樣的肉是會讓人倒楣生病的，所以你最好不要吃，而我們是她的親人，不得不分吃這樣的肉。(薛)

媳婦，妳買了新車，一定要記得殺豬，沒有錢就殺雞或是鴨。唉呀！媳婦妳怎麼都不聽話殺雞或是殺鴨啊！我幫妳殺啦！我把我養的土番鴨殺掉了啦！這樣我就敢妳的車，這樣妳才會很平安的開車。(Delo 的母親)

目前太魯閣族人最常用「犧牲祭祀」，來處理不可思議的疾病或是意外。而根據訪談資料來看，在處理不可以思議的疾病或是意外時，「犧牲祭祀」有以下意涵：「犧牲告祭」(買新車要殺雞殺鴨)、「罪責共負」(做壞事殺豬，豬肉分給大家)、「贖罪替身」(這隻豬是替做壞事的當事人死)。目前的太魯閣族，也運用「犧牲告祭」，預防未知災難的到來；運用「贖罪替身」，將做壞事的當事人所犯的罪，轉嫁到犧牲物上，希望犧牲物能夠頂罪受災；運用「罪則共負」，讓負罪的犧牲祭肉分配眾人(以同父系家族第一優先分配)，希望眾人一同分擔罪，把災難分散，讓災難傷害最小。這些都是目前太魯閣族運用「犧牲祭祀的主要意涵。

## 10. 夢占與事故預防

自古以來，人類都試圖在掌握未來，或是預先知道未來，太魯閣族人也不例外。但是以不同的角度而言，這正是人類用以預防未知事故發生的方式。

我不能去參加這次的比賽，因為我做了很不吉利的夢。我夢到我要去山上砍很好的木頭，來做這次比賽的藝品。但是，我也夢到村子裡面另外幾個工藝師，跟在我的後面，在懸崖上面，一個抓住我的手，一個抓住我的腳，一個把我的工具包拿走，然後我就掉到懸崖下面去。你看這是多麼不吉利的夢啊！所以我如果去參加這次的比賽，一定會出事情。(李)

你們兩個要多多禱告，不要做壞事喔！因為我做了很不好的夢，我夢到我去潛水抓魚，居然看到了四具屍體。最近我有兩個表哥都死於車禍，所以這個夢一定有意思，你們兩個要多多禱告，希望不要有不好的事到我們這邊。(Delo)

太魯閣族自古都有以夢占探知未來的傳統。即使到了今日，太魯閣族人在某種程度上，還是相信做夢是對於未發生事件的一種訊息。我們可以由訪談資料中，看到夢占的訊息具有兩種意義：1. 影響太魯閣族人對於疾病、不明事故的歸因，進而影響是否決定使用傳統醫療；2. 提供太魯閣族人預防事故的警惕，可以說是促進事故預防的訊息。

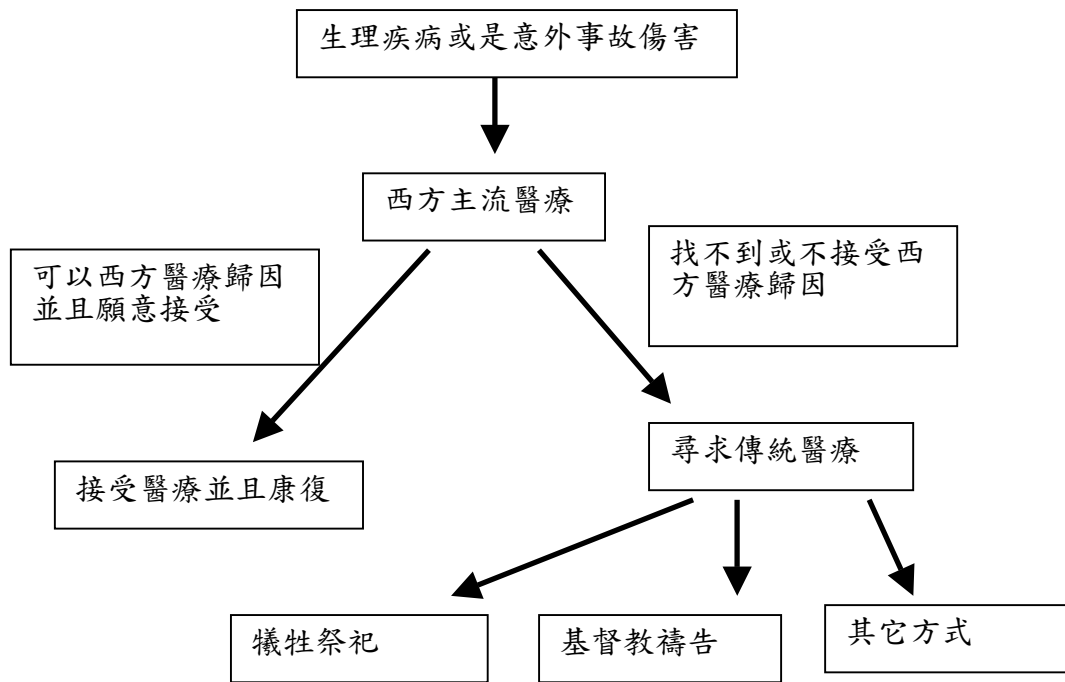
## 結語：傳統醫療的現代變遷

總結以上半開放問卷訪談，以及特殊個案的訪談資料，我們可以觀察到影響太魯閣族對於疾病歸因的因子，在哪些情況下會尋求傳統醫療，以及太魯閣族傳統醫療正在轉型改變的現況。上述分析顯示，傳統的疾病觀念已經不是影響太魯閣族對於疾病歸因的主要因子，草藥療法及巫醫療法等傳統醫療，都是很零碎的存在於部落中。就客觀環境而言，不論是從日據時代，還是國民政府時代，部落的遷移、部落社區型態的改變、教育水準的提高，都提高了西方主流醫療的可近性。但是，太魯閣族人的自我意識十分強烈，而且對於疾病或是身體不適嚴重度的感受也與漢人不同，這是影響族人決定使用何種醫療體系的最重要因子。

因為西方主流醫療的可近性增加很多，所以太魯閣族人尋求傳統醫療的情況可說已大幅度的減少，但是傳統醫療依舊存在於太魯閣族的部落社區中。太魯閣族人會尋求傳統醫療，通常在以下的情況：西方醫學無法給予疾病解釋也無法給予疾病治療、有違反道德規範的行為又同時有身體不適或是意外、當事人主觀的認為意外或是災害是無法被解釋、遭遇不可思議的事件、當事人主觀認為做了很不平安的夢，這些都是影響太魯閣族人尋求傳統醫療的情況(見圖一)。這個現象和許多非西方國家的醫療行為極為相似(許木柱，1992)

太魯閣族的傳統醫療，除了草藥療法就是巫醫療法。巫醫療法有很大一部分與太魯閣族人對於「靈」及「靈能」的觀點(有時兩者也很難區別)，有十分密切的關係，即是到了今天也是如此。西方醫學無法給予疾病解釋、也無法給予疾病治療、有違反道德規範的行為又同時有身體不適或是意外、當事人主觀的認為意外或是災害是無法被解釋、遭遇不可思議的事件、當事人主觀認為做了很不平安的夢，這些情況都與「靈」有十分密切的關係。而這部份的療法，也是針對「靈」給予處置，如過去的巫醫與「靈」對談協調，或是由「靈」得到治療的辦法。到了今日，基督教系統禱告、漢人民間信仰治療，也進入了太魯閣族的傳統醫療中，也是透過處理「靈」的問題，使得病症或是不明的難禍，可以獲得改善或解除。





圖一、求醫流程圖：當無法接受西方主流醫療的疾病歸因或是無法找到可以解釋的意外事故原因，會將原因歸於超自然的力量或是靈體作祟，因此尋求傳統醫療。而整個流程以患者本身的主觀感受來決定行進流程的方向。

傳統的馘首祭儀、犧牲祭祀，則是針對「靈能」方面的治療方式。馘首祭儀最大的象徵意義，就是從敵人那裡取得強大的“靈能”，而這些「靈能」會加乘在個人及家族部落上。這些「靈能」會不斷的加乘累積，而累積的越多越高，也會讓太魯閣族人更加的健康。犧牲祭祀也跟馘首祭儀一樣，是建立在相同的概念上，也是現在的太魯閣族部落社區運用層面最廣的傳統醫療方式。犧牲物的「靈能」，可以平息作祟的「靈」，具有替代當事人的象徵。犧牲物在平息作祟的「靈」，以後就會帶有「罪」（此處的罪可以說實質化，或是有能量化的病源），然後犧牲物要被分配到有血緣的家族成員，象徵把「罪」（病源）分給眾人承擔，這樣才會把「罪」（病源）消彌。

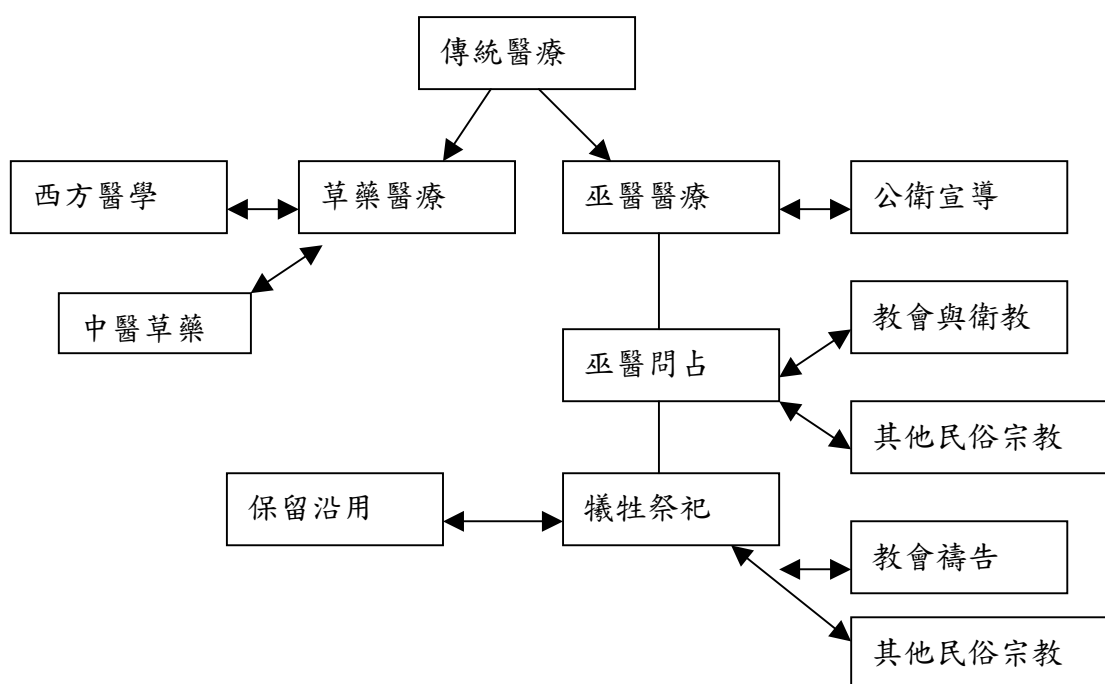
目前的太魯閣族人的傳統醫療，正歷經轉型改變的過程。傳統的太魯閣族草藥療法，因為居住地遠離了原有的高山生態環境，以及西方主流醫學可近性的提昇，草藥療法已經慢慢式微。此外，太魯閣族與周邊的漢族、泰雅族等族群的互動，不同於傳統太魯閣族的草藥使用方法、民間偏方、

中醫概念，都進入現在太魯閣族的草藥療法系統。傳統的太魯閣族宗教是最高靈與泛靈信仰，但是支持太魯閣族傳統宗教的運作體系(巫醫傳承，獵頭祭儀)，也同樣式微，取而代之的是基督教信仰，雖然族人依然擁有最高靈的概念，也相信泛靈的存在，但是傳統宗教祭儀則被禱告所取代。

## 第六章

### 結論

本研究前述的分析中，在量性資料的分析，顯示年齡、家庭、教育都和太魯閣族人對傳統醫療的認知和醫療利用密切相關。總結出其中的特徵，就是45以上中高年齡、原生家庭時常談論傳統文化、教育程度較低的太魯閣族人，較傾向於尋求傳統醫療。質性訪談資料的分析則顯示，太魯閣族人並非完全遺棄傳統醫療，而是隨著宗教、教育甚至醫療資源的多元化而發生轉型，只要不進入西方醫學體系中，就可以發現太魯閣族傳統醫療的影響依然存在。太魯閣族傳統醫療與西方醫療間的關係如下圖所示：



圖二、傳統醫療轉型圖：本圖是太魯閣族傳統醫療轉型的現況。草藥醫療被西醫以及中醫的醫藥取代，巫醫醫療的部分正被其他宗教(以基督教系統為主)取代。而犧牲祭祀的部分在目前的部落中保留沿用。

太魯閣族從過去在高山峽谷的遊獵生活，台灣經濟起飛時期的勞工生活，到

現在新一代的部落青年因教育程度提升，工作型態由勞動型態轉變到非勞動型態，整個太魯閣族的社會生活型態，有很大的改變。隨著時代與社會環境的改變，太魯閣族人對於生理疾病方面的歸因、治療、復健，都獲得很大的改善。但是，對於太魯閣族人而言，不論從過去的遊獵戰鬥生活，到現在勞動工作生活，不確定因素的疾病、意外與災害依舊存在。所以隨著這些不確定因素的疾病、意外與災害的存在，太魯閣族人的傳統醫療體系儘管會發生轉型，但是也會為了能夠應對這些問題而繼續存在。

筆者以質性訪談以及參與觀察的方式進行本研究，究竟太魯閣族最原始的傳統醫療或是正在轉型的太魯閣族傳統醫療是否具備療效，並不能妄下定論。但是根據參與觀察的經驗，過去的馘首祭儀的確會帶給參與的人強烈的宗教感動，參與祭祀的人在儀式中會明顯進入神聖狀態。當太魯閣族的受訪者面對無法歸因(不明原因，未知)的疾病、意外或是災變時，透過有象徵替代的犧牲祭祀，或是藉由教會的靈恩禱告(參與者進入神聖狀態)、教友協力禱告(社會支持)，求助太魯閣族傳統巫醫作法或是漢人民間信仰作法等等，都是讓整個心理情緒上獲得良好的寄託。「心理影響生理」是不可否認的事實，或許通過這些行為，太魯閣族人的確在主觀感受上比較舒服。

筆者認為本研究具有下列價值：第一、西方主流醫學可以處理大部分疾病的病因、治療及復健，但是當有無法歸因或治療之處，而每個人都有可能遭遇到這樣的情況。因此，尋求傳統醫療可以是每個人的選擇，更重要的是每個人對於不明原因(未知的、不確定的)災害的心理寄託。尤其長期以來太魯閣族的主要死因都是意外事故，所以在健康促進的策略上，我們必須在這個項目上更加用心。

第二、太魯閣族人的主觀意識十分強烈，舉凡對於西方醫藥的態度、自我疾病嚴重度的感受、醫療單位達到的療效、對於疾病及災禍的歸因，都是太魯閣族人的主觀意識。因此，在太魯閣族地區制定公共衛生的保健與疾病防治策略，必須以太魯閣族的主觀意識作為考量。筆者建議應設法提高太魯閣族人對於西方醫

藥的信任度，而在社區衛生教育上，明確的告知太魯閣族人疾病嚴重度的概念，而且運用太魯閣族人面對未知疾病或是意外災禍會認知是靈體作祟的態度，轉化為社區健康及防止意外災害的宣導技巧，對於太魯閣族部落社區整體健康將有幫助。

第三、就未來可供利用的價值而言，公共衛生策略的制定有必要瞭解原住民的傳統思維與行為模式。西方醫學的目標在於治療個體的疾病，而公共衛生的目標則是透過策略、政策及教育等方式達到族群健康。本研究可以視為一份「公衛民族誌」，由觀察非西方醫學的傳統醫療切入，進而瞭解到這個世代太魯閣族對於西方醫學、傳統醫療的主觀認知與態度，這些知識可做為未來太魯閣族醫療健康相關研究的參考資料。

筆者認為以下兩個議題值得未來進一步研究：(1)太魯閣族事故傷害研究：事故傷害是太魯閣族的主要死因，除了可以透過量性研究的方式了解事故死亡的危險因子。也同時應該配合質性探討，了解太魯閣族人有哪些行為及態度，可能造成意外事故傷害的發生，並且針對引發意外事故傷害的行為及態度制定出適當的預防方針；(2)太魯閣族巫術宗教研究：太魯閣族的傳統巫術信仰其實有其深刻而且獨特之處，尤其對於靈的主觀描述十分直接。這方面如果能夠以宗教學專業研究，相信不只是具有台灣宗教學與人類學領域的價值，更有機會探究南島民族原始宗教的原貌。而且太魯閣族的巫術宗教不像阿美族有系統的傳承，這方面的研究更有急迫性。

## 引用書目

- 王梅霞，(2003)。從gaga的多義性看泰雅族的社會性質。臺灣人類學刊 1(1): 77-104。
- 巴奈·母路，(2003)。adada(疾病)與kawas(靈)——以花蓮里漏社阿美族兩個治病儀式為例。刊於東台灣宗教與醫療研討會論文集。
- 台灣世界展望會，(2004)。原住民文化與福音的對話。台北：台灣世界展望會。
- 台灣原住民醫學學會，(2002)。2002年全國山地離島即原住民醫療業務研討會手冊。台北：行政院衛生署。
- 台灣總督府臨時台灣舊慣調查會（中央研究院民族學研究所譯），(1996)。蕃族慣習調查報告書第一卷—泰雅族。中央研究院民族學研究所。
- 生物多樣性公約(Convention On Biological Diversity)網站。( <http://wildmic.npust.edu.tw/sasala/biolodivesty.htm>)
- 行政院衛生署，(2000)。台灣原住民藥用植物彙編。台北：行政院衛生署中醫藥委員會。
- 晷日昇·吉宏，(2001)。泰雅族東賽德克群傳統醫療觀念。刊於原住民傳統醫療 vs. 現代醫療。台北：財團法人台灣原住民文教基金會。
- 佐山融吉，(1917)。蕃族調查報告書——紗績族前篇，中央研究院未發表譯稿。
- 吳雪月，(2000)。台灣新野菜主義。台北：大樹文化。
- 李丞華、周穎政，(2000)。行政院衛生署八十八年下半及八十九年度委託研究計畫——山地離島醫療服務評估與改善方案。台北：行政院衛生署。
- 李奕慧，(1999)。偏遠地區社區醫療保健計畫之評估——門諾醫院在花蓮的嘗試。台北：行政院衛生署。
- 李季順，(2002)。來自於Truwan的民族：族群的認定問題與建構。刊於泰雅族族群意識之建構認同與分裂學術研討會論文集。
- 李季順，(2003)。走過彩虹。花蓮：太魯閣族文化工作坊。
- 沈明仁，(1997)。崇信祖靈的民族賽德克人。台北：海翁出版社。
- 季瑋珠，(1993)。社區診斷。台北：巨流。
- 花蓮縣衛生局，(2003)。花蓮縣九十一年公共衛生年報。花蓮：花蓮縣衛生局。
- 徐莉萍，(2001)。晚期頭頸部癌症病人之疾病行為——東台灣阿美族與漢族之比較。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文。
- 馬騰嶽，(2002)。分類與分裂「泰雅族」分裂運動之特殊性與困境。刊於泰雅族族群意識之建構認同與分裂學術研討會論文集。
- 張淑美，(2005)。花蓮縣里漏社阿美族傳統醫療儀式社會心理功能之研究。慈濟

- 大學人類學研究所碩士論文。
- 張珣，(1998)。台灣漢人的醫療體系與醫療行為：一個台灣北部農村的醫學人類學研究。中央研究院民族學研究所集刊，56:29-58。
- 許木柱，(1989)。太魯閣群泰雅人的文化與習俗。台北：內政部營建署。
- 許木柱，(1992)。醫學人類學。刊於莊英章等編著，文化人類學(下冊)。蘆州：國立空中大學。
- 許木柱等，(1995)。泰雅族。刊於許木柱等編著，重修台灣省通誌卷三住民志同胄篇第一冊。南投：台灣省文獻委員會。
- 許木柱，(2007)。關懷生命尊嚴——現代化的衝擊與展望。刊於經典雜誌編著，台灣醫療四百年。台北：經典雜誌。
- 陳怡懋，(2003)。花蓮縣原住民病患疼痛經驗之社會文化意涵相關性探討。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文。
- 陳俊男，(2002)。從族語著作看「泰雅」的民族認定。刊於泰雅族族群意識之建構認同與分裂學術研討會論文集。
- 陳品玲，(2003)。中華民國九十年原住民健康狀況統計。台北：行政院原民會。
- 陳品玲，(2004)。中華民國九十一年原住民健康狀況統計。台北：行政院原民會。
- 陳拱北預防醫學基金會，(1988)。公共衛生學。台北：巨流。
- 黃長興，(2000)。東賽德克群的狩獵文化。中央研究院民族學研究所資料彙編，第十五期。
- 黃淑貞，(2000)。泰雅族人衛生訊息接收與求醫行為之研究。台北：行政院衛生署。
- 黃榮敦編，(2000)。太魯閣事件一〇四年紀念論文集。花蓮：花蓮縣青少年公益組織。
- 楊志良，(1980)。公共衛生新論。台北：巨流。
- 森丑之助原著，楊南郡譯，(2000)。生蕃行腳——森丑之助的台灣探險。台北：遠流。
- 達西烏拉彎·畢馬，(2003)。泰雅族神話與傳說。台北：晨星。
- 廖守臣，(1984)。泰雅族的文化——部落遷徙與拓展。台北：世界新專觀光宣導科。
- 廖守臣，(1998)。泰雅族的社會組織。花蓮：慈濟醫學暨人文社會學院原住民健康研究室。
- 蔡中涵，(2001)。原住民生藥植物保護與傳統巫醫。刊於原住民傳統醫療 vs. 現代醫療。台北：財團法人台灣原住民文教基金會。
- 鄭漢文、呂勝由，(2000)。蘭嶼島雅美民族植物。台北：地景企業。

- 謝欣育，(1996)。原住民神學、傳道人、與異文化——以泰雅族長老會為例。政治大學民族學研究所論文
- 謝劍，(1989)。應用人類學。台北：桂冠。
- 鴻義章，(2002)。台灣原住民資料庫之研究(第三年計畫)——「全國原住民地區『社區健康評估資料』之建立」。台北：行政院衛生署。
- 簡美玲，(2001)。秀姑巒阿美人的疾病認知與分類。刊於原住民傳統醫療 vs. 現代醫療。台北：財團法人台灣原住民文教基金會。
- 藍忠孚、許木柱，(1992)。現代醫療體系對社會規範的衝擊——台灣原住民社會的實證研究。台北：行政院衛生署。
- Boyatzis, R. E. (2005). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. (王國川、翁千惠譯，質性資料分析)。台北：五南。
- Foster, G. and Anderson, B.(1992). *Medical anthropology*. (陳華譯，醫學人類學)。台北：桂冠。
- Kasl, S. V. and Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Arch Environ Health* 12:246-266.
- Kindersley, D. (1995). *New Age Healing: Quest For The Unknown*.(劉增泉譯，新世紀療法)。台北：卓越文化。
- Kleinman, A. (1975). Medical and psychiatric anthropology and the study of traditional forms of medicine in modern Chinese culture. *Bulletin of the Institute of Ethnology, Academia Sinica* 39:107-123.
- Martin, K. G. (1975). Medical system in Taiwan village: One-Ia-Kong the plaque god as modern physician. In *Chinese Culture*, edited by A. Kleinman. Washington, DC: NIH, US Government.
- Suchman, E. A. (1965). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior* 6:117-158.
- Villoldo, A. (2006). *Soul Retrieval*. (許桂綿譯，印加靈魂療法)。台北：生命潛能。