

# 受傷的醫者： 罹癌醫師的疾病書寫研究<sup>\*</sup>

紀慧君<sup>\*\*</sup>

## 摘要

本研究分析罹癌醫師如何通過個人經驗敘事，評價與反思作用於自身的癌症治療。過往，在實證醫學規訓下，醫師會以互斥架構理解實證醫學與地方知識，將地方知識視為不科學或不理性等另類現象。然而，因著罹癌的身體經驗，受傷醫者重新理解實證醫學與地方知識的關係，為以往漠視的地方知識發聲。受傷醫者以既是病人又是醫師之特殊性，反省實證醫學之規訓，這顯示出他們以親身經驗與醫學視野，體會實證醫學與地方知識並存的時代意義。

**關鍵詞：**地方知識、個人經驗敘事、疾病書寫、敘事分析、發聲

<sup>\*</sup> 本文為作者科技部計畫「敘事、疾病、自我：分析癌症病患的疾病敘事」（MOST 109-2410-H-032-013-MY2）之部分研究成果。作者感謝評審與編委會提供的修正意見。

<sup>\*\*</sup> 紀慧君為淡江大學大眾傳播學系副教授，Email: 098302@mail.tku.edu.tw。

投稿日期：2019/10/02；通過日期：2020/07/17

## 壹、研究動機

以往，疾病被醫學視為生理現象，仰賴檢驗數據和病理報告等醫學證據。然而，病患關注的是另一種現實，他們根據的是疾病對日常生活的影響來感受疾病（Toombs, 1993）。換言之，醫師將疾病視為生理現象，需要醫學的治療與干預，但是病患則從生活的整體看待疾病（Charon, 2017）。對此，Kleinman（1988）區分「疾病」（disease）和「病痛」（illness）兩個不同的概念。他認為，疾病指的是生理、病理上的意義，而病痛指的是個體關於疾病個人的、親身的感受，是受病人、家屬與社會文化對身體症狀的理解。醫學必須注重病患對疾病的「意義詮釋」，才能真正改革。因此，病患如何建構疾病意義，在近年來的醫療研究受到重視，研究者聚焦在病患如何在疾病裡建構意義，如何理解疾病（Frank, 2017; Jurecic, 2012; Kalitzkus & Matthiessen, 2009）。學者主張以「敘事」觀點，從病患的角度，讓患者述說自身的經驗故事，以瞭解患病過程中，意義如何建構又如何轉變。敘事強調的是「意義中心模式」，通過敘事觀點，可以探知疾病如何塑造人們對身體的認知，人們又如何在罹病的過程中闡釋疾病（Kleinman, 1988）。

20 世紀疾病和傷殘敘事已成為一種顯著的題材，疾病敘事成為醫療領域重要的分析題材（Jurecic, 2012）。在其中，「受傷的醫者」（wounded healer）撰寫的疾病敘事作品紛紛問世。在疾病書寫的範疇裡，醫生做為敘事者的疾病書寫，有別於一般身份的疾病書寫者，醫生的疾病書寫可反映出醫學的思考，以及對醫學的反思。這些親身感受疾病肆虐的受傷醫者，敘事中呈現出醫者的疾病觀，專業知識和關懷（李欣倫，2004）。過往，醫生在職業生涯中承受的醫學訓練，是把自己的情感抽離出來；但是，成為病患時則不同，對病患來說，疾病是貫穿、撕裂整個生命的，是將病患的生活，重現在自己的生活中（Toombs, 1993）。在疾病的敘事裡，受傷醫者揭露的是面對疾病的痛苦與威脅，我們看見受傷醫者如何痛苦，如何懼怕，又如何渴望戰勝疾病。通過疾病書寫，受傷醫者也在審視被醫學體制規訓的自己。Holt（2004）在評論醫生書寫時指出，當代醫生疾病書寫多是自白式的（confessional），他們的作品充滿對主流醫學的反省。醫師從局內人的角度，把當代醫療面對疾病的無力感書寫出來，醫師疾病

書寫是醫師把醫學凝視 (the medical gaze) 從患者轉到自身的產物 (孫杰娜、朱賓忠, 2015)。

在眾多疾病之中, 我們選擇癌症做為研究對象。根據衛福部 2018 年的統計, 自民國 71 年起, 癌症已連續 37 年, 位居國人死亡原因之第一名 (林周義, 2019 年 6 月 21 日)。癌症又名為惡性腫瘤, 指的是細胞不正常增生, 這些增生的細胞可能侵犯身體的其他部分; 癌細胞除了分裂失控外, 還會局部侵入週遭正常組織, 甚至經由體內循環系統或淋巴系統轉移到身體其他部分。Sontag (2001) 因自己罹患乳癌, 引發她寫作《疾病的隱喻》(*Illness as Metaphor*) 一書。關於癌症, 她提到肺結核與癌症的不同隱喻: 結核病提供的是虛弱、敏感、悲傷、無力的隱喻; 而無情、執拗、嗜人的意義則留給了癌……結核病是曖昧的隱喻, 既是災禍也是細緻、優雅的象徵; 但癌症被視為災禍, 是內在的野蠻人。

在過往, 醫師從病理、數字等證據為癌症做「診斷」, 然而, 當醫師成為病人, 受傷醫者以親身涉入的「見證」(witness) 方式感受疾病 (Frank, 2010)。本研究探討受傷醫者如何從罹癌的「個人經驗敘事」(narrative of personal experience), 見證敘事的真實存在? 「個人經驗敘事」是由敘事者講述自己的故事或感受, 以自身感受來安排故事的發展, 故事源自敘述者的親身經歷, 而非只是旁觀者的訴說。敘事者描述自己的親身經驗, 見證事件的真實存在, 個人經驗敘事因有親身參與、親眼所見等認識論上的保證, 故多被用來當成證據 (Labov, 1997; Schiffrin, 1990; Thornborrow, 2001)。

另一方面, 就癌症治療現況而言, 實證醫學對癌症治療一直存有瓶頸。實證醫學宣稱嚴謹的實驗證據, 並非完全適用於治療病患上 (Bothwell, Greene, Podolsky, & Jones, 2016)。面對實證醫學的治療侷限, 病患選擇應對的方式, 並非僅依照實證醫學的模式, 而是有屬於自己一套的「地方知識」(local knowledge), 從癌症病患使用地方知識來看, 顯示病人早已質疑實證醫學的治療 (丁志音, 2008)。在過往, 此種方式被視為不遵守醫囑或是違背醫師期待, 但是, 近年分析取向強調的是, 這是病患對於醫療措施的質疑, 以及採取的因應行動。以往研究者多從「病患」角度, 探究其如何使用地方知識, 做為質疑實證醫學的行動方式 (吳嘉苓、黃于玲, 2002; 林文源, 1998)。本研究以罹癌「醫師」做為研究對象, 我們要問的是, 當醫

師成為癌症病人，他們會提出何種因應的行動？是否採用與一般病患不同的行動方式？受傷醫者既受實證醫學規訓，又親歷癌症重創，他們如何從自身經驗，反思與評價作用於己身的治療方式？又如何思考實證醫學與地方知識的關係？

## 貳、文獻探討

### 一、疾病敘事

MacIntyre (1984) 指出，為了能夠理解別人如何回應我們，以及我們如何被他人理解，人類需要敘事。敘事一詞的關鍵，在於敘事者的行為和想像決定哪些事件會包含在敘事裡，哪些則否，事件如何被情節化，以及事件的意義又是什麼 (Riessman, 2003)。敘事以開頭、中間、結尾的序列安排事件發展，成為一種具有情節的敘述形式。敘事創造意義的方式，是將經驗或事件納入特定的情節，使它成為別的經驗或事件的原因或結果，也因此成為整體的一部分。以敘事的方式回答某事的意義為何，就在於顯示這事件如何貢獻於整個故事最終的走向 (蕭阿勤, 2012)。

「疾病敘事」旨在描繪疾病產生、治療、痛苦或成長的個人經驗，是一種關於「我」的書寫，是以疾病為敘述對象的文體。在其中，疾病被建構出特有的意涵 (李宇宙, 2003)。罹病者書寫疾病在身體的發展、變化以及結果，通過疾病書寫，反思因疾病而中斷的生活經驗。因此，疾病敘事不僅是關於疾病的故事，更是透過 (through) 創傷後的身體重新發聲 (Charon, 2006)。加拿大社會學系教授 Arthur W. Frank, 在四十歲罹癌，他長期關注疾病敘事，撰寫《身體的意志》 (*At the Will of the Body*) 一書，說明自己的罹癌過程 (Frank, 1991)。他認為，疾病敘事賦予疾病意義，疾病敘事決定了患者看待疾病以及自己的方式。疾病書寫豐富了人與「重度病痛」 (deep illness) 共生共存的生活故事，重度疾病不只是一種身體狀態，也是一種心理狀態 (Frank, 2017, pp. 2-3)。

疾病敘事也是文學中常見的主題，西方文學常利用疾病進行社會批判，凸顯疾病展現的權力壓迫。疾病敘事潛藏豐富的意義，藉此，書寫者可揭示人與環境的關係、人與國土的矛盾、文化衝突、人與道德價值的審判及自我掙扎 (唐毓麗, 2015)。諾貝爾文學獎得主，俄

羅斯科學院院士 Solzhenitsyn，在流放時間罹患，他撰寫《癌症樓》（*Cancer Ward*）一書，回憶在當年得知自己罹患癌症，醫生宣佈他的生命已經不超過三個星期，但後來痊癒的故事。在書中，他講述到一名腫瘤醫師檢查出癌症的經驗，作為癌症專家，卻罹患了腫瘤方面的疾病，這名醫生深感不平，拒絕談論自己的患病與治療過程。通過這個故事，Solzhenitsyn 寫下在癌症病房裡，人們如何在死亡邊緣掙扎，如何求生、又如何死去（Solzhenitsyn, 1966 / 姜明河譯，2007）。因此，疾病書寫顯現人們在罹病時如何理解疾病，如何理解自我與疾病的關係，也顯現書寫者所處之社會環境。人在處理疾病時的反應，所有潛藏在疾病裡的社會力量也就相應地浮現（李宇宙，2003；Kalitzkus & Matthiessen, 2009）。

## 二、敘事與自我

本研究從受傷醫者之自我疾病敘事，探究他們的個人經驗敘事，也即是從「自我如何被自我敘事」建構的角度，來探究「自我」的問題。自我敘事的重點，在於人們選擇能表現自己特性的事件，並按照敘事的原則將它們組織起來。任何敘事都離不開敘述者，敘事必然存在一個敘述主體，任何的書寫，都包含書寫者對自我的建構，或隱或顯。敘事者在文中建構出的形象，是為了展現特定立場、觀點、態度以及價值觀，敘事者是在特定寫作狀態中的作者（Booth, 1961 / 華明、胡曉蘇、周憲譯，1986）。因此，敘事是一「認同行動」（an act of identity, Hyland, 2012, p. 4），敘事是採取某個位置與立場，創造自己的身份位置，表明書寫者對自己以及其他參與者的看法、評價或判斷。

敘事觀點是指敘事者據以觀看的特定位置，也就是觀看視角。敘事觀點，可以從「敘事人稱」來觀察與判斷。第一人稱的「我」既是故事內的角色觀點，也同時是故事的敘事者。第二人稱以「你」作為敘事者的敘事呈現，會表現出對話的方式。第三人稱是故事中「他」的觀點，可以是一個隱身在故事之外的旁觀敘事者（Barthes, 1966; Chatman, 1990）。罹患醫師的疾病敘事，是以第一人稱方式，描述罹患經驗之敘事。第一人稱是以「我」的口吻來敘述故事，意味著「我」是敘事的源頭，同時還表明「我」是故事中的一個角色。因而，第一人稱既是敘述者又是故事中的角色。如此，敘述者既是故事

的經歷者，又是故事的講述者，因而可以為讀者提供身臨其境的感受，使得敘事具有強烈的逼真感，同時有利於深入探究作者的內在世界（羅鋼，1994）。

因此，第一人稱敘事可以通過「敘事移情」（narrative empathy），拉近讀者與故事人物之間的情感（affect），使讀者沉浸在故事世界之中，這就是它的移情效應（Nell, 1998）。第一人稱敘事使得讀者與作者產生共鳴，也就是經由閱讀、查看或對故事的想像，引起的共同感覺（Keen, 2012）。情感敘事使作者在敘述時，能夠體驗並發揮作用，當讀者閱讀作品時，也能體會到作者所感。因此，情感（affect）是促成人類行動的要件（Livingstone, Spears, Manstead, Bruder, & Shepherd, 2011）。關於情感的研究，楊中芳（2001，頁454）認為，情感並不能單獨挑出來看，它是一段生活中的日常經驗，敘述時也不一定帶有情感詞彙，有時甚至是以行動表達情感。情感也不同于感覺（feelings），情感在人與人之間留下印痕，而不像感覺只停留在個人的空間中。情感具有「社會性」的面相：可以從承受者個人本身，傳送幅散到四面八方，在其他人身留下影響（紀大偉，2012；Brennan, 2004）。

### 三、受傷的醫者敘事

受傷的醫者，根據心理分析學者榮格（Carl G. Jung），他認為，具備療癒能力的人，之所以有這力量，是在他人生的故事，曾經受過一定的身心傷害。受傷醫者的概念出自於希臘神話故事，故事中的Chiron 從小遭拋棄，後來又遭到誤傷，他的身體深處因為無法拿出的箭鏃，而長期處於疼痛狀態。又因為被遺棄的他，受到眾神的撫養，因此擅長醫療和戰術，身體深處的疼痛，轉化成為他的療癒力量（林克明，2014）。Frank（1995）以「受傷的敘事者」（wounded storyteller）概念說明，病患因為承受折磨與痛苦經驗，具有見證生命的敘事能量，能展現生命的堅強與挫敗，因此能以高度的同理心，感受相同處境的他人，而成為受傷的醫者。

受傷的醫者概念一開始用於分析精神學領域。到20世紀末，這一概念得到廣泛的運用，在臨床醫學、康復醫學、慢性病關照、醫患關係與健康心理教育等諸多方面都產生了重要影響（Jackson, 2001）。受傷醫者的疾病敘事在二十一世紀出現高峰，他們撰寫的第一人稱非

虛構疾病敘事作品紛紛出版問世。近期，Barbara K. Lipska (2018/王念慈譯，2019) 所著的《我決定好好活到死：一位腦科學家對抗大腦病變的奇蹟之旅》，便是罹患癌症醫師 Lipska 的自我罹癌書寫。她撰寫此書的目的，是藉由自身經歷，讓大眾更了解癌症的原因與感受，在書中，她詳細描述精神疾病、腦部損傷和年齡如何改變病人的行為、個性、認知與記憶。

受傷醫者既是醫師也是病人，兼具專家以及常人的發聲位置。在過往，「醫師」和「常人」被視為涇渭分明的兩端，醫師持有的是「專家流行病學」(professional epidemiology) 病人則是「常人流行病學」(lay epidemiology, Davison, Smith, & Frankel, 1991)。專家流行病學代表的是醫學知識的病因分析，關注的是醫學證據，以客觀與量化的數據來定義疾病。常人流行病學是指常人對疾病的觀念，用來描述常人理解和解釋疾病的方式，他們會通過個人或群體的生活經歷，來解釋致病原因。換言之，醫師受的訓練是將病患理解為各種症狀的集合，再將這種症狀界定為一種特定的疾病形態。常人則是依據疾病對日常生活的影響來面對疾病 (Toombs, 1993)。專家知識往往以「欠缺模式」(deficit model) 來看待常民知識，常民被認為是無知的，必須透過良好的教育、單向的知識教育，才能祛除其無知狀態 (Felt & Wynne, 2007)。

在 1990 年代初期，出現對於欠缺模式的批評 (Cooter & Pumfrey, 1994)。例如，Epstein (1995) 提出「常人專家」(lay expert) 概念，他以美國愛滋感染的病患權益運動為例，提出病患團體如何由下而上地影響、甚且介入科學社群的知識生產。這種病患動員介入醫學診療方向的案例，改變了傳統之醫病關係。因此，專家與常人的界限，不再清楚分明。Bernal & Pedroza (2019) 進一步採用 Epstein 常人專家概念，探究當醫師生病，既是醫生又是病人的 (physicians/patient) 的身份。他們分析 24 位患病醫師，在罹病時的身份建構與轉換，他們指出，當醫生生病，專家與常人界限變得模糊與複雜。在不同的罹病階段，患病醫師有時會以醫生角度診斷病情，但有時就像個病人。患病醫師在醫師與常人位置之間遊走，沒有固定的身份位置。Bernal & Pedroza 的研究，呼應在 20 世紀 70 年代，社會科學研究顯現的研究視角：身份不是固定的、既存的，因此，在疾病的不同歷程，不同的階段，罹癌醫師會交替使用常人或醫生的身份位置，建構

自我，常人與專業流行病學因此也會產生交融。

#### 四、實證醫學與地方知識

目前，臺灣西醫養成的教育課程，不管是學校的課程安排，或是病患就醫的流程設計，實證醫學（evidence-based medicine）是主要採用的醫療系統。由於實證醫學已成主流，在實證醫學的規訓下，不論是醫學教育、制度與相關政策上，多以實證醫學為核心。實證醫學注重證據以及病灶之可見性，Jewson（1976）分析，從十八及十九世紀，由於醫學器械出現，這種新的醫學模式，使得醫師不再依賴病人主觀經驗。十九及二十世紀，醫療儀器的引進及科學實驗的分析，判斷的標準轉變成為實證醫學尊崇的客觀證據。疾病仰賴的是醫療技術呈現出的景象，醫師開始以此種可見的方式，進行疾病的判斷。為研究病灶，醫學走入實驗醫學（laboratory medicine）時期，疾病診斷轉向為病理實驗、客觀證據的分析（Hofmann, 2001）。

然而，在萬病之中，癌症始終不肯跟隨進步的腳步向前行。Mukherjee（2011／莊安祺譯，2018）深刻入微的指出，許多世紀以來，幾乎所有的動物都做了貢獻，不論是毛或皮，牙齒或腳趾甲，胸腺或甲狀腺，肝或脾，全都經人類搜羅尋覓，從中要找到緩解之藥。但是，癌症的威脅一直如影隨形。21世紀的今天，癌症仍然令人恐懼困惑，使得醫生及病人都感到無助。

面對實證醫學的治療侷限，病患選擇面對癌症的方式，有屬於自己一套常民醫學（丁志音，2008）。在面對主流醫學無法解釋和治療某些身體狀況時，人們偏向運用地方知識來應對疾病。關於地方知識，Geertz（1983／楊德睿譯，2007）強調，地方知識是當地文化固有之物，是在挑戰以西方知識體系為權威的當今知識。根據地方知識的觀點，每一社會都有一套特有治療疾病的概念與對應方式，當專業化的醫學知識體系，無法解決患者不適或異常時，人們會試圖運用地方知識應對疾病（孫薇薇、董凱悅，2018）。然而，這些地方知識，在實證醫學講究具體與可見證據的標準裡，皆被視為另類醫療。換言之，當實證醫學與各地的地方知識接觸後，不得不承認在這世界上有其他醫療方式存在，便將其稱之為另類醫療，把所有非西方醫療體系全部統括在一起（張珣，2008）。

因此，「另類」意指在某一社會或文化在特定的歷史時空下，不



屬於政治優勢之醫療體系的療癒資源，囊括所有的體系、樣式、執業職業方式及其所伴隨的理論與信念（江漢聲，2014）。林文源（2018，2014）以中醫為研究對象指出，實證醫學蘊含二元規範：普遍與特殊、現代與傳統、理論與經驗等架構，已成慣性思維。因此，中醫被思考成為「相對於理論的經驗」。然而，中醫儘管被視為另類，受到貶抑，病患卻常高比例並用中西醫療法。Kleinman（1980）以「複向求醫」說明在不同醫療體系轉換進行複向求醫，一直是台灣病患求醫行為的特色。他說明病人、家屬、民俗醫療、中醫醫療與西方醫療等互相之滲透與運作。也就是說，在實證醫學的框架下，中醫被視為另類醫學，然而，中醫卻一直普遍、穩定，持續地與實證醫學並存，影響著台灣社會的醫療與社會。

更進一步，從癌症病患使用另類醫學來看，顯示他們早已質疑實證醫學的療效及產生的副作用。然而，當病患面對醫師時，多數時間，病患不願意告知醫師他們使用另類療法，是因為病患害怕醫生不贊成。由於不符合實證醫學之標準，醫生也不會在醫療時談及另類療法，這使得已經使用另類療法或不同醫療體系的癌症病患，只能自己在不同的體系中轉換（郭淑珍，2015）。我們以「偷渡」觀點，解釋這種現象，所謂「偷渡」是一種「背地的發聲」，是病患背地裡做，用組織體系不認可的方式，作為表達不滿的形式。<sup>1</sup> 偷渡是指病患以自身的身體經驗，來彌補主流醫療體制的不足。病患會以自己相信的其他療法，來檢驗他們不信任的主流醫學。底層的人容易偷渡（Goffman, 1961），長期病患也因為久病後獨特的身體經驗與知識，比較容易出現偷渡。

偷渡現象說明在癌症治療中，即使大多醫師以地方知識未經科學的實驗驗證，或是臨床報告不充足，來回答病患使用另類醫療的問題，但是，癌症病患早已親身使用另類醫學（Davis, Oh, Butow, Mullan, & Clarke, 2012）。病患使用另類醫學的偷渡現象，顯示醫師是從臨床證據與可見性等實證標準評估另類醫學，然而，病人卻早以身體經驗實際接觸、體會另類醫學。相對於偷渡，「發聲」被認為是直接表達的行動，是一種聲音清楚地行動，發聲是最能迅速有效地面對問題的行動方式（Hirschman, 1970）。然而，根據研究，在臺灣，發聲不是病患主要的採用方式，病患多以久病之身體經驗，採取偷渡此種不容易被聽到的方式。因此，本研究從受傷醫者的角度，探究當

醫生成為癌症病患，是否產生不同的行動方式？他們如何反思實證醫學的侷限？如何從自身經驗，評價作用於己身的癌症治療？如何思考實證醫學與地方知識的關係？

## 參、研究方法

### 一、研究對象

本研究以受傷醫者使用第一人稱，述說自我的疾病敘事為研究對象。我們要探究受傷醫者如何將個人的疾病經驗、遭遇，以事件及情節方式書寫下來的疾病敘事。我們從博客來網站 (<https://www.books.com.tw>)，按照以下步驟進行研究對象之選擇：

第一、由於癌症被歸於「血液／腫瘤」類目，我們從博客來網站「全站分類」選擇「中文書」，然後選擇「醫療」類，從「疾病百科」進入「血液／腫瘤」類目，初步蒐集，關於「血液／腫瘤」書籍共有 400 本。

第二、罹癌敘事範圍廣闊，有必要釐清，以確認分析範疇：首先，「自我罹癌書寫」是指受傷醫者以第一人稱，講述自我罹癌的疾病敘事。其次，如為記者的採訪報導或是他人描寫，而非受傷醫者親身撰寫，皆不是本研究要討論的文本。我們以上述原則將 400 本書逐一檢視與篩選。經過篩選，確認在 400 本圖書中，符合條件的有 6 本，來自 6 個不同的作者。<sup>2</sup> 本研究共蒐集六位罹癌醫生所撰之疾病書籍，計有蔡松彥、彭昱憲、陳衛華、阿傑特、許達夫、李豐六位作者，所選書籍與作者罹癌情形說明如下：

表 1：研究對象

書名	出版時間	作者	罹癌狀況與現況說明
心轉，癌自愈： 主流與互補另類 療法的整合醫學 治癌奇蹟	2018 年	蔡松彥	在身體例行檢查時確診肺腺癌合併 鱗狀癌。現任彰化基督教醫院國際 癌症康復 e 院院長、彰化基督教醫 院自然暨整合醫學 e 院協同院長等 職務，目前主要在輔導治療癌症患 者。
接受才能微笑： 一位年輕醫師勇 敢面對癌症的故 事	2004 年	彭昱憲	罹患末期鼻咽癌，經二個月密集化 療、放射線治療，花了近一年才擺 脫癌症憂鬱心理。原為神經內科醫 師，現為中山醫藥大學附設醫院中 西醫整合科主治醫師。
奇蹟醫生陳衛華 20 年戰勝 3 癌	2013 年	陳衛華	從 32 歲開始，先後罹患三種癌 症：骨癌、腎臟癌、甲狀腺癌。曾 任台中榮總家庭醫學科醫師，台中 803 教學醫院急救加護科主任，教 學醫院心臟科主治醫師，現為宏信 診所院長。
從病危到跑馬拉 松：一位醫師的 抗癌體驗談	2007 年	阿傑特	確診血癌，接受西醫全程的癌症治 療，「阿傑特」為其筆名，現任腫 瘤外科醫師。此書獲頒衛生署國民 健康局【癌症防治類】健康好書推 介獎。
感謝老天，我活 過了十年！	2013 年	許達夫	發現罹患第三期末直腸癌，在接受 放化療腫瘤消失後，拒絕後續的手 術與化療。曾任長庚腦神經外科主 任，現為臺中林新醫院神經外科兼 任醫師、許醫師自然診所負責人。
我賺了 30 年： 李豐醫師的生命 故事	2002 年	李豐	台大醫學院醫學系畢業，赴加拿大 進修，在研究所三年級擔任住院醫 師時罹患癌症。曾任台大醫院病理 科醫師，現為李豐病理中心負責 人，衛生署細胞醫檢師培訓計畫講 師、細胞病理檢驗單位審查的評鑑 委員。

## 二、研究架構與研究問題

我們閱讀這六本罹癌醫師的書籍，找出其敘事形式，以觀察受傷醫者如何在不同的時間與情境中，訴說個人罹癌故事。經過初步整理，這六位罹癌醫師以時間序列：發現異狀、自我診斷、癌症確診、展開治療、癌症治癒、評價反思之時序，以回溯式的敘事形式，訴說自己的罹癌故事，以評估當今醫學之癌症治療方式，並提出一套關於癌症之治理方式。本研究運用 Labov (1972) 的敘事分析模式，做為我們的研究方法。Labov 將敘事定義為依時序重述過去發生之事，敘事是人們以時間序列的方式，尋求、確認其經驗所具有的意義之基本過程及結果 (Polkinghorne, 1988)。因此，本研究運用 Labov 做為研究架構的原因在於，首先，此敘事架構，因其注重敘事之時序與情節，是分析個人經驗故事的經典取徑，為目前分析個人經驗敘說中，適用性較高的架構 (Porto & Belmonte, 2014; Romano, Porto, & Molina, 2013)。其次，Labov 提出的「評價敘事」是其敘事分析之特色 (De Fina & Georgakopoulou, 2012)，可做為我們探究受傷醫者如何以親身經驗，評價與反思癌症之治療方式。

Labov 認為，完整的敘事分析包含六個元素：(1) 摘要 (abstract)：對敘事的簡短說明，用以提綱挈領地說明故事重點，也就是告訴讀者：這是什麼故事？(2) 導向 (orientation)：指出敘事發生的場景，包括時間、地點、行動者與情境等。(3) 複雜行動 (complicating action)：此為敘事之核心，是指故事中依時間排列的行動，目的在說明：發生了什麼事情。(4) 評估 (evaluation)：指敘事者對此故事的看法，敘事者會於其中展現感受、敘述這個故事的意圖以及此故事對敘事者的意義。(5) 解決 (resolution)：事件最後的結果為何。(6) 結語 (coda)：敘說內容從敘事時間帶回到敘說的場景，讓讀者知道故事已經說完。

我們可以從上述六個元素中，看到敘說者如何從過往經驗，建構出一個故事，並在評價裡如何解釋事件意義。依據 Labov (1972)，此六項元素是完整敘事之要素，但若論敘事之構成，「複雜行動」與「評價行動」是敘事分析不可或缺的兩個基本元素。因此，我們再將 Labov 的敘事分析模式，統整為「複雜行動」與「評價行動」兩大項目，做為我們的分析架構。以彰顯敘事時序性、意圖性的特色：一

是複雜行動：是具時間順序的敘述，是構成敘事文體的核心成分。摘要與導向，為複雜行動提供相關背景。在罹癌醫師的疾病書寫中，複雜行動的時序包括異狀出現、自我診斷、癌症確診、展開治療。二是評價行動：包括透過評估、解決與結語，找出敘事者如何詮釋癌症的意義與自身的感受。具體而言，本研究問題如下：

- (一) 確診敘事：受傷醫者如何訴說罹癌的個人經驗敘事？如何見證敘事存在，用以評價與反思作用於自身的癌症治療？從異狀出現、自我診斷、癌症確診、展開治療的時序中，受傷醫者如何以親身涉入方式感受疾病？我們要從醫者罹癌的時間階段與轉折中，探究受傷醫者成為癌症病患的疾病故事，即疾病敘事中的「複雜行動」為何。
- (二) 評價敘事：受傷醫者如何經由「確診敘事」描繪出的個人經驗敘事，進而提出「評價敘事」？受傷醫者如何以身體經驗，重新理解原有醫療體系對身體的規訓？成為病人的醫師，親身體驗實證醫學的侷限，會提出何種因應的行動方式？提出何種對實證醫學的反思？如何思考實證醫學與地方知識的關係？以往的矛盾現象又如何轉變？即疾病敘事中的「評價行動」為何。

## 肆、研究分析

### 一、確診敘事：成為癌症病患

在確診敘事的分析中，我們要探究受傷醫者如何描述個人親身經歷與見證，以建構敘事的可信與合理性；受傷醫者如何指出自己的親身經驗，講述對疾病的探索過程？受傷醫者首先描述身體出現異狀：

2002年8月我發現大便出血，剛開始以為是痔瘡並不在意，漸漸我發現每次開完刀後都非常累，甚至無法彎腰穿襪子。拖了近5個月之後，由於出血愈來愈嚴重，身體愈來愈虛弱，使我不得不正視（許達夫，2013，頁35）。

有一天我發現腳趾頭出現灰指甲，看了許多皮膚科醫師

都無法治癒（陳衛華，2013，頁 15）。

其實早在半年前我就有一些症狀了，例如莫名其妙的耳鳴、流鼻血、陣發性的眩暈以及日趨嚴重的複視（彭昱憲，2004，頁 12）。

「以為是痔瘡」、「以為是灰指甲去看皮膚科」、「半年前已經有症狀」……罹癌醫師描述自己的身體出現異狀。醫師阿傑特敘述醫生慣用的「自我診斷」過程，卻沒有讓他發現自己得了血癌。最後，他僅僅進行初步的「一般常規」檢查，就確定自己得了血癌：

我接受一位內科同學按「一般常規」為我檢查，5 分鐘不到他就做成診斷了，我的基本血液常規發現白血球 5 萬正常是 4000 到 1 萬，血小板 2 萬，正常是大於 13 萬，我的病是血癌。……我忍不住罵了一句髒話：「他媽的，原來是這個啊」（阿傑特，2007，頁 6-7）。

「自我診斷」被視為醫生才能擁有的專業能力，是具有醫學知識與無醫學背景知識病人最基本的區別（Bernal & Pedroza, 2019, p. 2）。然而，在眾多疾病中，關於癌症的致病原因（etiology）模糊不清，醫生也未能經由「自我診斷」判斷出癌症，他們幾乎都是在癌症的第二、三期，甚至末期才發現癌症：

得知自己罹患癌症，心情就已經夠沉重了，沒想到原本以為是初期的癌症，竟被檢驗出是末期的癌症！此刻，我的心情再度跌入谷底（彭昱憲，2004，頁 18）。

我是屬於第 2 期前期的肺癌，可能聽起來還算早期，但肺癌是所有癌症中死亡率最高的惡性腫瘤，因此我的 5 年存活率不到 50%（蔡松彥，2018，頁 184-185）。

X 光片出來了，我著實嚇了一大跳，灰指甲所在的左腳大拇指裡面竟然沒有骨頭，我的骨頭不見了，我心裡驚呼這一定有問題（陳衛華，2013，頁 17）。

個人經驗敘事是用來描述過去事件的敘事方式，是對一連串過去事件的描述（Labov, 1997）。罹癌醫師描述得知確診癌症的瞬間，他們的懼怕、驚恐與失措，他們描述個人情緒與感受：

「怎麼可能？我怎麼可能得到癌症，我還這麼年輕，身體這麼健康，我還是運動健將，怎麼可能得到骨癌？」我實在無法相信（陳衛華，2013，頁18）。

當「癌」字從主治醫師的嘴巴裡溜出來的時候，我的腦袋還是馬上一片空白，後面他還說了一些什麼，我完全沒有聽到，等我回過神來，他早已走出房門，剩下我一個人在消化這難以下嚥消息「為什麼是我？」（李豐，2002，頁23）。

當晚回家告訴家人，他們都以為我在開玩笑。往後的兩天我接近癱瘓，竟日躺在床上，腦中一片空白，怎麼會是我？我能活多久（許達夫，2013，頁35）？

受傷醫者以第一人稱「我」的口吻來敘述故事，「我怎麼可能得到癌症」、「我的腦袋馬上一片空白」……罹癌醫師將自己內心的情感，以自白的方式表達出來。在此，敘述者是故事的講述者，又是故事的經歷者，因而可以提供身臨其境的真實感受。個人經驗敘事必須是敘說者的親身經歷，敘事的可信度，來自於聽者相信真有一事發生，敘事者必須描述個人經驗與真實發生的事件（江靜之，2018年11月；Labov, 1997）。正如 van Dijk（1993）在研究關於種族偏見的敘事指出，敘事者常將自己的個人經驗敘事當成證據，證明種族偏見為事實。也就是說，敘事者會指出，我做過什麼、看過什麼、發生過什麼，或是指出自己在某方面的獨特經驗，以正當、合法化自己的某些宣稱（Langenhove & Harré, 1999, pp. 23-24）。因此，為建立個人經驗之敘事之可信度，受傷醫者描述自身真實感受，透過個人經驗敘事，受傷醫者強調罹病的細節，揭露面對癌症的痛苦與威脅：

每當我吸氣的時候，空氣就如同刀刀般，深深的刺激我

的咽喉，並在我的咽喉中刺進退出，呼一口氣被刺一刀，吸一口氣再吃一刀，一分鐘呼吸 10 次，我就會被刺傷 20 刀（彭昱憲，2004，頁 56-57）。

我無法控制肛門，要拉就拉，有一次甚至在病人面前拉出來，我急忙藉故開溜，到廁所換褲子，這些遭遇讓我體會到「不成人樣」、「生不如死」的感覺（許達夫，2013，頁 42）。

稍有刺激我就大吐，有時有東西吐，有時只是乾吐，好像一股氣力從胃刮上來，經過食道，衝到喉嚨，但只是酸味，那比真吐更難受。嚴重的時候我坐在馬桶上，聽到電話鈴聲響，我一轉頭，就吐得稀裡嘩啦（阿傑特，2007，頁 190）。

在受傷醫者的疾病敘事裡，他們描述身體如何被疾病控制。癌症的疼痛是不堪的（Tierney & McKinley, 2002, p. 22），疼痛是癌症患者生活中最難對付的部分，經過一連串的醫療檢查，身體的疼痛仍舊無法被體會。疼痛也是最難以描述的部分，人們雖擁有大量描述特定疼痛的詞語，但這些詞語是無法描述疼痛的感受（蔡友月，2004；Frank, 1991）。在過往，醫師被要求按照固定的程序處理病患的疼痛，在醫學的訓練下，他們被要求抑制自己的聲音，將自己置身事外（Charon, 2006）。然而，對罹癌醫師來說，他們切身的體驗疾病，疾病涉及的是日常生活以及身體的痛苦。這不同於以往他們在行醫時，以病理報告或是數據來處理疾病。受傷醫者親身體會到身體的疼痛，將自己的情感展現出來，他們指出癌症帶來生命歷程的中斷，打亂他們生活：

我從小家境不好，父母至今還在田裡日曬雨淋，我如果真的得了鼻咽癌，他們的期待，我的小妹、小弟可以替我承擔起來嗎？我結婚 7 年太太一直沒懷孕，我如果真得了鼻咽癌，他就得一個人過了……想到這些悲從中來。這個痛比一塊肉被鉗子從鼻咽扯下來更痛啊！我的眼淚忍不住激射而出了（阿傑特，2007，頁 22）。



如果說未來的憧憬是一個膨風的大氣球，那麼當醫師宣佈我得了鼻咽癌，就像是一把利刀，刺破了氣球（彭昱憲，2004，頁12）。

第一人稱的敘事方式，可以營造敘事者的在場效果。另一方面，也減低敘事者在文中咄咄逼人的色彩，可以請讀者與敘事者將心比心（Crapanzano, 1986）。從「我」到我和你、我們大家，受傷醫者與病患之間形成一個具有共享經驗的疾病「共同體」（community）。此種疾病敘事之核心意義，在於可以創造一種我們（we-ness）的關係，使得人們得以共同投入，這也意味著每個人都在他者的故事中。通過情感的敘事方式，醫師與病人轉向成為「我們」的關係，此不同於過往醫生與病人之二元方式所開展出的關係（James, 2015; Mattingly, 2014）。醫生與病人之間一向遙遠，醫師通過自我的角度，述說正承受與常人一般的感受，醫生與病人的界線似乎模糊起來。通過個人經驗敘事，癌症是透過受傷醫者的身體去經歷、去敘述的。因此，身為醫生又得過癌症，他們覺得自己應該是有資格分享抗癌經驗的人：

我個人覺得理想中的癌症書籍，應該是像當過媽媽的女性親自所寫的懷孕生育指南，有血有肉……我們想知道癌症治療過程裡面的真實況味，可以採取的應對之道（阿傑特，2007，頁8-9）。

我認為自己是最有資格站出來分享抗癌經驗的人之一，……因為我十年前罹患第三期直腸癌，經歷過癌症病人的恐懼無助，並面對生死，對病人最瞭解（許達夫，2013，頁22）。

受傷醫者描述疾病在身體的肆虐，建構自己述說故事的資格，這就好比通過個人經驗述說，受傷醫者為自己建立敘事的「許可證」（license, Shuman, 2006）。因為罹癌的親身經歷，受傷醫者描述個人的身體經驗，他們將個人主觀的身體經驗，透過客觀的疾病事件呈現，為「評價敘事」提出可信與合理的論據。

## 二、評價敘事：反思癌症治理方式

在評價敘事部分，我們要探究受傷醫者如何從個人經驗提出評價，反思作用於己身的治療？首先，罹癌醫師以自己的身體經驗，質疑實證醫學的治療方式。蔡松彥以「疑似復發」的身體經驗，說明在化療 5 個月後，又在胸部電腦斷層追蹤檢查時，發現多顆結節，他開始對主流醫學產生了疑慮：

面對肺癌疑似復發，難免心灰意冷，……這次我已不再像第一次得知自己罹癌的恐懼，反而更激起身為醫師的本能，心中開始對主流醫學產生了疑慮，我已依主流醫學接受手術及化學標準療法，卻在半年內疑似復發，表示主流醫學療法可能無法完全避免癌症的復發（蔡松彥，2018，頁 43）。

彭昱憲描述癌症治療對身體的破壞：「我整個人都崩潰了，不是因為無法接受癌症的事實，而是在化學治療和放射治療的夾攻之下，將我好不容易建立起來的勇氣給擊垮了」（彭昱憲，2004，頁 60）。他質疑「為何西醫的破壞治療沒有辦法根除所有的癌細胞」？

為何西醫的破壞治療沒有辦法根除所有的癌細胞呢？我常常覺得西醫的化學治療與放射治療就好比炸彈一樣，遇到敵人的時候若能精確瞄準，則可克敵制勝，但是又沒有從根本改善體質，即使敵人暫時消滅也有再度反撲的可能（彭昱憲，2004，頁 172）。

李豐與許達夫兩位醫師以身體的疼痛與不可彌補的傷害，他們以自己身體的親身經驗抵抗主流醫學。李豐描述，在她接受化療後，「血小板只有四萬……正常應該有二十萬的血小板」。因此，她決定停藥，再也不接受治療，她描述與主治醫師的對話：

「李豐，妳知道妳的脖子已經電了多少劑量嗎？」我搖搖頭，我還從來沒有去計算過。「加起來已經接近一萬單位了」。……「如果再電下去，骨頭都會爛掉，那樣的生活，是很悽慘的」……（李豐，2002，頁 226-227）。

許達夫用身體的劇烈疼痛以及「手指都被化療藥物翻黑」說明實證醫學對身體的損害：

更要命的是每天得進廁所 10 次以上，每次都像是有人拿刀子在割肛門……經歷兩次化療，我手上的靜脈與臉部，手指都被化療藥物翻黑，化療真是毒藥，我實在想不通為什麼有那麼多科學家醫學家苦心研究這些毒藥呢（許達夫，2013，頁 42-43）？

更進一步，受傷醫者以「醫療科技愈發展醫院愈大，癌症死亡率卻日益攀升」批判主流醫學出現危機（許達夫，2013，頁 62）。受傷醫者以「沒有人知道癌症是怎麼發生」，直指主流醫學在癌症治療上，早已出現可信度危機：

癌症是一個目前主流醫學還無法完全滿足病患期待結果的領域，其中還有很多的未知（蔡松彥，2018，頁 4）。

沒有人知道癌症是怎麼發生，所以沒有任何療法能治好癌症，沒有任何藥物能治好癌症，也沒有任何所謂的抗癌食品能治好癌症（許達夫，2013，頁 11）。

當醫師罹癌，成為病人的醫者，親身體會實證醫學並非完全適用於治療癌症。受傷醫者嘗試以其他方式治療癌症，他們在不同的醫療體系之間轉換，思索如何改變既有的治療方式。例如，陳衛華在第 2 次罹癌手術後，發現西醫的正規系統之外，還有另一片天地。蔡松彥則指出，主流醫學對癌症的檢測終有不足。因此，他開始思考該如何救自己，所以接觸了另類醫學：

我開始接觸癌症整合醫療相關訊息，是在我第 2 次罹癌手術後，經過大量的閱讀研究，這才發現西醫要的正規系統之外，還有另一片中國草本植物以及自然療法的天地，能夠輔助西醫藥療法獲得更好的效果（陳衛華，2013，頁 103）。

癌症的成因是多面向的，更是牽動全身的疾病，顯示主流醫學對癌症的檢測與治療雖有實證支持，但終有瓶頸，所以我開始思考下一步應該如何走下去，思考該如何救自己，除了四處尋求解方，上網查各類資訊，也經由醫療方面的人脈，接觸了更多互補及另類醫學（蔡松彥，2018，頁 43）。

陳衛華（2013，頁 102）明白指出，「長期在醫療體系裡，我對照顧身體的觀念一直都來自正規醫療知識，對於所謂的輔助療法都視為另類療法偏方」。在此，所有非西方醫學的療法，皆被視為禁不起科學與實證的另類治療方式：

長期在醫療體系裡，我對於照顧身體的觀念一直都來自正規醫療知識……主要因為藥用植物的醫療效果都屬於經驗值，圖片上沒有經過科學的實驗驗證，臨床報告也不充足，所以在治療上有許多不確定性（陳衛華，2013，頁 102）。

Ward（2012）以中醫此一地方知識為例指出，在分類中西醫經驗裡，會有中西知識體系「互斥」（either or）以及「並存」（as well as）的模式。Ward 認為，對互斥與並存分析模式的理解，有助於理解人們如何思索中西醫的關係，這些規範架構又是如何形成。她以互斥觀點說明，由於西醫做為當今社會的權威知識，醫師多在西醫的框架下，理解中醫或其他非西醫治療方式，因此，看見的只是這些治療不能標準化（Zhan, 2014）。受到主流醫學教育規範的醫師，會將這些地方知識視為主流、正統、共識或規範之外。因此，另類，基本上是殘留式（residual）的定義，在主流醫學的思考架構中，這些知識被邊緣化，成為另類醫學（Unschuld, 1987）。

以互斥架構理解與分類，將地方知識視為不科學，有待現代化，展現出實證醫學做為當今社會醫療體系的權威知識，這個分類架構，左右醫生認識與評價地方知識。如同郭淑珍（2018）對醫師進行深度訪談分析顯示，受訪醫師大都依據風險、統計數字等概念，評價另類醫學，醫師認為另類醫學只是使用者個人式的見證報告。醫師對另類醫學最重要的爭議，是其無法用實證、客觀的標準測量效用。例如，陳衛華（2013，頁 102）指出，「早期我在行醫過程中，如果有病人詢問可否使用草藥偏方，我多半會勸阻擔心病人使用未經科學驗證的

偏方」。醫師李豐回想起在未罹癌前，當病人與她分享關於另類療法的經驗，她「往往聽而不見」：

病人是很敏感的，他們也會看透醫師的這種心意，雖然遭遇到對自己的疾病非常有利的別的治療方法，醫生也看到奇蹟式的效果，醫師即使對結果很訝異，病人還是不會洩露秘密的。偶爾有些不知天高地厚的病人，會向醫師訴說一點點別的療法的經過，結果不是被嗤之以鼻，就是被罵了出來。我自己也是，以往雖然我一直接觸病人，病人是因為我的身份特殊，同時也是病人，才願意與我分享很多他們另類療法的經驗。但是當時我都只是笑笑，往往聽而不見（李豐，2002，頁 228）。

醫師阿傑特描述自己在康復後繼續看診，病人向他詢問另類療法時的迂迴不安，阿傑特說，「我曉得他已經被其他醫生罵怕了」（阿傑特，2007，頁 301）：

我恢復上班之後，經常被病人迂迴的問一些問題。我曉得他已經被其他醫生罵怕了，我乾脆直接告訴他：「你是不是想問我有沒有嘗試另類治療？我明確的告訴你，有！香灰、中藥、秘方、氣功、穴道治療、神通，我都有親身嘗試！」病人一聽眉頭一展，寬下心來，終於遇到一個不會譏罵他的醫生了，比較敏感的病人還會掉下淚來！可以想見，這個問題造成他們多大的心理壓力（阿傑特，2007，頁 301）！

大部分的病患不願意讓醫師知道自己使用另類醫學，他們以偷渡、無聲的方式進行。然而，病患並不是沒有聲音，或是一味的順從實證的醫療體系，當醫師不理會或是不同意病人使用另類醫療，病患就會被消音。罹癌後，成為病人的阿傑特，因為不掩飾治療過程使用另類醫學，所以，「病人告訴我許多他們從不透露的秘密」（阿傑特，2007，頁 301）：

我雖然是個醫生，但也是癌症病人，就因為我從不掩

飾，在治病過程中曾經親身經歷西醫、中醫與民俗醫療，所以病人會把我當作同一國，告訴我許多他們從不透露的秘密（阿傑特，2007，頁 304）。

相對於病患大量使用地方知識，醫學界對地方知識的重視顯然太少。根據研究，癌症病患早已使用另類療法，病患卻不會和醫師討論另類療法，就算是會討論，也多是病人主動詢問（Juraskova, Hegedus, Butow, Smith, & Schofield, 2010）。因為醫生會在實證醫學的框架下，質疑另類醫學，醫師與病人對另類療法的差異極大。成為病人後的醫師阿傑特，他終於體會，病人的「世界實在太大，超出絕大多數人的想像」（阿傑特，2007，頁 304）：

病人們透露的世界實在太大了，超出絕大多數人的想像，大概會有人批評他們迷信無知，但在病人的這個世界中，篤信科學的社會賢達所強調的那一套，並未能讓他們完全信服（阿傑特，2007，頁 304）。

罹癌後，親身接觸地方知識，再度面對病患使用另類醫學，他們不再從科學、理性角度，將地方知識視為另類醫學，受傷醫者體會到這是切身需求，其實是「民眾自然順著他從小習慣了的文化」（阿傑特，2007，頁 306）：

對於民眾切身的情感需求，強調理性與科學的西醫體系，實在是心有餘而力不足。但面對癌症這樣重大的疾病，西醫無法讓病人接受為什麼是他得癌症，也不敢給病人希望。這種作法讓病人恐慌不安，民眾自然會順著他從小習慣了的文化，想要找到安心的方法（阿傑特，2007，頁 306）。

過往被他們視為不科學、不嚴謹的地方知識，被受傷醫者轉而視為常人「習慣了的文化」，他們親身經歷實證醫學之侷限，他們從互斥轉為並存的觀點。受傷醫者開始正視地方知識的獨特性，甚至強調地方知識的優越性，他們以中醫為例指出，「中國人早就知道人體血液之分配不僅是條調幅的，而且也是調頻的」（李豐，2002，頁

235)、「中醫表面上難以用科學解釋，但卻已經運作幾千年」（許達夫，2013，頁 128）：

中國人早就知道人體血液之分配不僅是條調幅的，而且也是調頻的。……把相同頻率的器官組織歸在一起就是經絡，這就是中醫十二經絡的由來，因為每一經絡所接受的血液是同一頻率的，也就難怪它們的病變總是在一塊發生。按壓穴道，可以改變經絡血流的頻率，進而改變血流量，怪不得會產生療效（李豐，2002，頁 235-236）。

中醫講究的是陰陽協調、五行運行、經絡通暢，而西方醫學講究的是病因病理、科學根據、對抗治療。中醫表面上難以用科學解釋，但卻已經運作幾千年；而西醫雖然講求科學根據，卻只有幾百年歷史，而且理論或治療方式還在不斷更新中（許達夫，2013，頁 128）。

受傷醫者以中醫的優越性、在地性、獨特性挑戰實證醫學。事實上，要能夠挑戰實證醫學的權威知識，本身知識系統必須嚴謹，才能提出足夠的解釋力。在臺灣，中醫本身已有完備的知識體系，比較容易成為罹癌醫生質疑實證體系之後選擇的目標。這是由於人們常常採用中醫或是民俗療法，故得以累積較多的身體知識，更因為中醫歷時長久，更具質疑西醫權威知識的能量（吳嘉苓、黃于玲，2002）。對於癌症的發生，中醫認為是身體處於陰陽失衡、氣血不和、五臟之氣紊亂的狀態下，外來邪氣乘虛而入，破壞了五臟正常的生理功能，形成有形的腫物，其中發生惡變的就稱之為癌症。中醫向來以「整體觀」、以「氣為核心」、以「經脈」來看疾病（高少才、任娟莉、劉龍，2009）。然而，對實證醫學來說，氣或經脈都無法測量、也不具備可見性。這自然不同於實證醫學強調的是標準、數字與可見的病灶。實證醫學專注的是器官、組織與細胞的層次，受傷醫者對此提出批評，他們指出，「西醫只看到某癌長在某器官裡，於是就以有毒有害的手術放療化療來追殺癌細胞」（許達夫，2013，頁 62）。他們進一步以中醫的整體觀點，評價實證醫學分科細碎，使得醫師只看到局部，未見整體：

於是骨科醫師看骨頭、婦科醫師看子宮、大腸科看大腸、心臟科看心臟，某國家醫學中心分 128 科，把人分 128 塊來看待？我們去看病是整個人走進診間，不是把子宮拿出來把大腸拉出來給醫師看（許達夫，2013，頁 116）。

往往醫師只看局部，看不到整體。於是會忽視了也許更重要的其他問題，而發生意外。我常常開玩笑說，如果再這樣專精下去，有一天，開左眼科診所的醫生，便可能不會看右眼的毛病。而且，分科太細，也常讓病人疲於奔命。有些病人，到醫院看病，就是常常轉來轉去，轉了一整天，還看不完一個病（李豐，2002，頁 226-227）。

與中醫相關的地方知識，浮現在受傷醫者對身體的認知，我們看到西醫治病、中醫調養的觀點；也看見受傷醫者提出以氣血、經脈為主的身體觀；他們從經絡阻塞來解釋致病原因，以五行分類食物的飲食觀：

黃帝內經是東方醫學的聖經之一，內容提到「氣順，血就通，健康來」的觀念……如果肌肉及筋膜僵硬，經絡就不易通暢，……一方面營養無法到達所需的器官，同時另一方面廢物毒素也無法排出，最後身體酸化產生過多自由基，造成免疫失調，細胞突變或組織退化，導致生病（蔡松彥，2018，頁 151）。

五行是中國老祖宗觀察大自然運行原理傳承下來的經驗法則，還要考慮到食物的寒熱屬性，中醫把食物分成寒、涼、平、溫、熱 5 種屬性，而人的體質也恰好可以對應這 5 種屬性（陳衛華，2013，頁 146）。

進一步而言，相對於常人病患多以偷渡方式使用另類醫療，受傷醫者以自己做為病人的身體經驗，做為醫生的專家身份，以及為病患治療的成果，他們以發聲方式，提出地方知識的價值。偷渡，是病患以身體經驗迂迴的對專業知識的對抗，是病患無聲的、不易被聽到的聲音；發聲，則在強調受傷醫者用一種希望被聽到的方式發言。受傷



醫者除了以過來人方式，提出中西並存的治理之道外，更進一步，他們也以自身對醫學知識的理解、其他病患的治癒經驗，以及其他國家的醫學期刊報告，為地方知識發聲。例如，許達夫以十年的臨床實戰經驗，以近一萬例癌症病人的報告，說明此種癌症治理方式的成效，受傷醫者從對地方知識的親身體驗，轉向強調多數人對地方知識的使用成效；又例如，蔡松彥為了證明氣功、經絡的成效，他以一項刊載在醫學期刊，長達兩年的研究，證明非主流醫學領域有實證醫學基礎：

我與其他學者一起進行一項長達兩年的研究，對一群從事中華生物能氣功的中老年人進行氣功前後的各項檢測……。其結果顯示氣功可以平衡人體經絡，調節自律神經系統功能，提昇生活品質，此文章於 2018 年 4 月被刊載在《實證互補及另類醫學雜誌》，再度證明非主流醫學領域是可以有實證醫學基礎的（蔡松彥，2018，頁 176）。

受傷醫者以臨床經驗與醫療成果為地方知識發聲，這是一般病患難以擁有的醫療知識與資源。如同 Goffman (1961) 的觀察，較有資源的人可以發聲，發聲者若擁有相當的文化資本，可以增加發聲的可信度 (Epstein, 1996)。如前所述，在臺灣，病患多採取偷渡此種方式質疑實證醫學。此種偷渡方式，對於質疑實證醫學之癌症治理方式，效果不大。從這個角度，受傷醫者具有醫學知識與較高的文化資本，以發聲方式，對既有的癌症治療提出反思，或許較容易與實證醫學進行對話。這些具有醫學知識的醫者，經由書寫個人罹病經驗之疾病敘事，將自身的真實經驗書寫下來。此種以書籍出版形式，展現個人的罹病經驗，自不同於以往之偷渡方式。書寫作為發聲形式，因其具有保存的功能，可以跨越時空限制。書寫作為描繪外在世界的工具，顯得較為客觀、具體，透過書寫此一固定的象徵系統，可以描述與騰錄各種抽象的概念，具有超越時空交流的儲存功能 (Fischer, 2001 / 呂健忠譯, 2009; Brown & Yule, 1983)。此種以書籍出版形式，展現個人的罹病經驗，自不同於以往之偷渡方式。

在此，我們要強調，這種反省與對照，並不限於中醫，也可能運用於類似的地方知識，例如其他另類的、不被納入醫療體系的民俗療

法或其他的醫療模式，這些地方知識同樣面臨被實證醫學邊緣化之處境。如上所述，在台灣，中醫做為一種在地化的知識，早已展現出獨特的醫療方式，因此，中醫成為受傷醫者採用與實證醫學並存之首選。從中醫開始，受傷醫者開始真實的面對地方知識的存在，以及正視地方知識早已在地化的實質意義。受傷醫者改採並存的架構，重視其他非實證醫學之多元經驗。這也說明因為罹癌之個人經驗，受傷醫者親身體驗實證醫學侷限，嘗試反思既有醫學框架，這或許也是醫者開始學習如何與地方知識並存，打破實證醫學之規訓，進而思考更多醫學與治療方式之可能。

## 伍、結論

本研究分析受傷醫者如何通過個人經驗，見證敘事之真實發生，用以評價與反思作用於自身的癌症治療。透過個人經驗的疾病敘事，受傷醫者不僅是自己過去的主要參與者，也是過去的詮釋者。所以，在敘述的當時，也就是醫者以現在的自己，詮釋過去，並建立意義。換句話說，個人經驗敘事源於敘事者的目擊或親身經歷，受傷醫者描述自己的身體經驗，表達出自己對癌症治療的身體感受，此個人經驗敘事為評價敘事，提出可信的論據。我們認為，受傷醫者描述自身的惶恐與重創，發揮動之以情的感染力，受傷醫者以第一人稱情感化的敘事策略，模糊了醫生與病人原有之邊界。

受傷醫者疾病敘事不同於一般醫者。以往醫師是以治療與判斷的角度審視癌症，受傷醫者強調的是個人對於癌症的經歷與感受，他們深陷癌症之中，從自己的疾病故事建構一個醫學敘事，他們以情感敘事的方式，揭露自我診斷的失誤、脆弱與痛苦。此種以自我出發的情感敘事，似乎消滅了醫師的權威，將之還原為一個活生生的人：醫師也是會失誤、會生病、會痛苦的人。因此，敘事之所以選擇第一人稱敘述，更確切的理由，或許是出於一種敘事上的倫理選擇，也就是表現出對讀者的某種謙遜態度和誠意（伍茂國，2011）。受傷醫者以表達情感的敘事方式描述自己的罹癌故事，這是一種跟隨醫生的生病經驗，挫折、痊癒與康復的故事，通過受傷醫者描述自己的身體經驗，醫生與病人的界線似乎也為之鬆動。

受傷醫者之疾病敘事亦不同於一般病患。作為具備發聲能力的病

患，受傷醫者以罹癌之個人經驗、自己的醫學視野，以既是病人又是醫者之特殊性，將個人罹癌經驗，以書寫成書之方式，為地方知識發聲，此不同於一般病患的偷渡方式，而是一種對於當今醫療體系的公開發聲與反思。在受傷醫者逐漸接受地方知識的過程，浮現出實證醫學與地方知識之比較與理解的機會。在過往，受到實證醫學規訓的醫生，會以互斥架構理解實證醫學與地方知識，在實證醫學的規訓下，只會看見地方知識的不足，將之視為不科學、不理性，這形成醫師分類疾病與身體的知識架構。相對於病患早已高度使用地方知識，醫學界對地方知識的關注顯然不成比例，這顯示醫師與病患之間一直存有矛盾：醫師從證據、可見性、數字等實證判斷標準，將地方知識視為另類；病人卻早以偷渡方式，以親身的身體經驗實際去接觸、體會地方知識。

當醫師罹癌，面對實證醫學的侷限，他們開始親身體會地方知識，在不同的醫療體系轉換，尋找拯救自己的行動方式。相較於以往病患用偷渡方式，受傷醫者以自身的文化資本，以發聲方式，彰顯地方知識，這或許是最能迅速有效面對問題的方式。因著罹癌的身體經驗，受傷醫者已經不處於全然實證醫學的疾病觀，此種實證醫學與地方知識的並存狀態，與以往受到實證醫學規訓的身體不同。在受傷醫者的疾病敘事裡，我們窺見實證醫學與地方知識在受傷醫者身上交會，受傷醫者經歷實證醫學之治療，親身體驗地方知識，而產生與以往不同的理解。他們反思實證醫學，體會到病患的切身需求，因而重新理解實證醫學與地方知識的關係。他們為以往漠視的地方知識發聲，從互斥轉為並存，提出實證醫學與地方知識並存的癌症治理之道。因此，受傷醫者為地方知識發聲，也在反省實證醫學之權威、單一框架。從這個角度，這或許是受傷醫者以親身經驗與醫學視野，正視實證醫學與地方知識並存的時代意義。

## 註釋

- 1 在《出走、發聲與忠誠》（*Exit, voice and loyalty*）一書，Hirschman（1970）指出，人們若不滿意組織體系，產生的不滿和失望將使成員採取「發聲」或「出走」兩種回應方式，而無論發聲或退出，都是希望組織或體系能夠警覺並檢討與改善。吳嘉

苓、黃于玲（2002）從這個行動分類，呈現病患對於需求不滿的反應類型，用「居家分娩」做為案例，探討病患在面對醫療處置不滿時的種種回應，以及影響這些回應的原因。

- 2 第一次篩選時，符合條件的有十本書，其中，許達夫有四本著作，陳衛華有兩本著作。許達夫的《癌症的整合療法》、《感謝老天，我活過了十年！》兩本著作是《感謝老天，我活下來了》以及《感謝老天，我得了癌症》兩本書的增訂本。陳衛華的《奇蹟醫生陳衛華 20 年戰勝 3 癌》主要在描寫自身的罹癌經驗，發現以及治癒過程。由於本研究目的在探究罹癌醫師的自我疾病書寫，故我們從許達夫的兩本增訂版書中選擇《感謝老天，我活過了十年！》以及陳衛華的《奇蹟醫生陳衛華 20 年戰勝 3 癌》做為研究對象。

## 參考書目

- 丁志音 (2008)。〈代代相傳的另類療法〉，成令方、傅大為、林宜平編《醫學與社會共舞》，頁 27-35。臺北：群學。
- 王念慈譯 (2019)。《我決定好好活到死：一位腦科學家對抗大腦病變的奇蹟之旅》。臺北：究竟。(原書 Lipska, B. K., & McArdle, E. [2018]. *The neuroscientist who lost her mind: My tale of madness and recovery*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.)
- 伍茂國 (2011)。〈現代性語境中第一人稱敘事的倫理意義〉，《中國文學研究》，3：97-100。
- 江漢聲 (2014)。〈實證與另類—醫學中另類療法的教育與運用〉，《護理雜誌》，61(6)：5-11。
- 江靜之 (2018 年 11 月)。〈廣電新聞訪問中個人經驗故事之分析取徑初探〉，「2018 中華傳播學會研討會」，新竹香山。
- 吳嘉苓、黃于玲 (2002)。〈順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析〉，《台灣社會學》，3：73-117。
- 呂健忠譯 (2009)。《文字書寫的歷史》。台北：博雅書屋。(原書 Fischer, S. R. [2001]. *A history of writing*. London, UK: Reaktion Books.)
- 李宇宙 (2003)。〈疾病的敘事與書寫〉，《中外文學》，31(12)：49-67。
- 李欣倫 (2004)。《戰後臺灣疾病書寫研究》。臺北：大安。
- 李豐 (2002)。《我賺了 30 年：李豐醫師的生命故事》。臺北：玉山社。
- 林文源 (1998)。〈To Be or Not To Be：長期洗腎病患的生活、身體經驗〉。清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- 林文源 (2014)。〈對稱化醫療社會學：STS 對健康、醫療與疾病研究的啟發〉，《科技、醫療與社會》，19：11-72。
- 林文源 (2018)。〈中醫做為方法：STS 如何向多元中醫學習？〉，《科技、醫療與社會》，27：7-58。
- 林克明 (2014)。《受傷的醫者：心理治療開拓者的生命故事》。台北：心靈工坊文化。
- 林周義 (2019 年 6 月 21 日)。〈國人十大死因 癌症 37 年居榜

- 首》，《中時電子報》。取自  
<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20190621002784-260405?chdtv>
- 阿傑特（2007）。《從病危到跑馬拉松：一位醫師的抗癌體驗談》。  
臺北：原水文化。
- 姜明河譯（2007）。《癌症樓》。南京：譯林出版社。（原書  
Aleksandr Solzhenitsyn [1966]. *Cancer Ward*. New York, NY:  
Macmillan.）
- 紀大偉（2012）。〈情感的輔具：弱勢，勵志，身心障礙敘事〉，  
《文化研究》，15：87-116。
- 唐毓麗（2015）。《身體的變異：疾病書寫的敘事研究》。臺北：晨  
星。
- 孫杰娜、朱賓忠（2015）。〈評當代美國醫生書寫的三種敘事類  
型〉，《武漢大學學報（人文科學版）》，68(6)：74-49。
- 孫薇薇、董凱悅（2018）。〈疾病的解釋與應對：基於地方知識視角  
的解讀〉，《思想戰線》，44(6)：55-67。
- 高少才、任娟莉、劉龍（2009）。〈癌症考辨與「脾衰」是癌症發病  
之本初探〉，《陝西中醫》，30(10)：1354-1355。
- 張珣（2008）。〈「另類」醫療〉，成令方、傅大為、林宜平編  
《醫療與社會共舞》，頁2-17。臺北：群學。
- 莊安祺譯（2018）。《萬病之王：一部癌症的傳記，以及我們與它搏  
鬥的故事》。臺北：時報文化。（原書 Mukherjee, S. [2011]. *The  
emperor of all maladies: A biography of cancer*. New York, NY:  
Scribner.）
- 許達夫（2013）。《感謝老天，我活過了十年！》。臺北：時報文  
化。
- 郭淑珍（2015）。〈癌症患者對於非西醫的補充與另類療法之使用經  
驗：以乳癌病患為例〉，《人文社會與醫療學刊》，2：41-67。
- 郭淑珍（2018）。〈醫療專業者對於癌症患者使用非西醫補充與另類  
醫療的看法〉，《人文社會與醫療學刊》，5：53-77。
- 陳衛華（2013）。《奇蹟醫生陳衛華 20 年戰勝 3 癌》。新北市：方  
舟文化。
- 彭昱憲（2004）。《接受才能微笑：一位年輕醫師勇敢面對癌症的故

- 事》。臺北：圓神。
- 華明、胡曉蘇、周憲譯（1986）。《小說修辭學》。北京：北京大學出版社。（原書 Booth, C. [1961]. *The rhetoric of fiction*. Chicago, IL: University of Chicago Press.）
- 楊中芳（2001）。《如何理解中國人：文化與個人論文集》。臺北：遠流。
- 楊德睿譯（2007）。《地方知識：詮釋人類學論文集》。臺北：麥田。（原書 Geertz, C. [1983]. *Local knowledge: Further essays in interpretive anthropology*. New York, NY: Basic Books.）
- 蔡友月（2004）。〈台灣癌症患者的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力〉，《臺灣社會學刊》，33：51-108。
- 蔡松彥（2018）。《心轉，癌自癒：主流與互補另類療法的整合醫學治癌奇蹟》。臺北：原水文化。
- 蕭阿勤（2012）。〈敘事分析〉，瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞編《社會及行為科學研究法》（第二冊：質性研究法），頁 133-166。臺北：東華。
- 羅鋼（1994）。《敘事學導論》。昆明市：雲南人民出版社。
- Arroyave, C. A., & Téllez, M. (2020). Patient-physicians: Identities and expertise brought into the light of diagnosis and treatment. *Journal of Patient Experience*, 7(2), 245-250.
- Barthes, R. (1966). Introduction to the structural analysis of the narrative. In *Occasional paper, centre for contemporary cultural studies*. Birmingham, UK: University of Birmingham.
- Bernal, C. A. A., & Pedroza, M. T. (2019). Patient-physicians: Identities and expertise brought into the light of diagnosis and treatment. *Journal of Patient Experience*, 7(2), 245-250.
- Bothwell, L. E., Greene, J. A., Podolsky, S. H., & Jones, D. S. (2016). Assessing the Gold Standard — Lessons from the History of RCTs. *The New England Journal of Medicine*, 374, 2175-2181.
- Brennan, T. (2004). *The transmission of affect*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Brown, G., & Yule, G. (1983). *Discourse analysis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*.

- Oxford, UK: Oxford University Press.
- Charon, R. (2017). To see the suffering. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(12), 1668-1670.
- Chatman, B. (1990). *Coming to terms: The rhetoric of narrative in fiction and film*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Cooter, R., & Pumfrey, S. (1994). Separate spheres and public places: Reflections on the history of science popularization and science in popular culture. *History of Science*, 32(3), 237-267.
- Crapanzano, V. (1986). *Waiting: The whites of south Africa*. New York, NY: Random House.
- Davis, E. L., Oh, B., Butow, P. N., Mullan, B. A., & Clarke, S. (2012). Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: A systematic review. *The Oncologist*, 17(11), 1475-1481.
- Davison, C., Smith, G.D., & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: The implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness*, 13(1), 1-19.
- De Fina, A., & Georgakopoulou, A. (2012). *Analyzing narrative: Discourse and sociolinguistic perspectives*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Epstein, S. (1995). The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. *Science, Technology, & Human Values*, 20(4), 408-437.
- Epstein, S. (1996). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Felt, U., & Wynne, B. (2007). *Taking European knowledge society seriously: Report of the expert group on science and governance to the science, economy and society directorate, directorate-general for research, European commission (EUR 22700)*. Luxembourg, LU: Office for Official Publications of the European Communities.
- Frank, A. W. (1991). *At the will of the body: Reflections on illness*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (2010). Why doctors' stories matter. *Canadian Family Physician*, 56(1), 51-54.
- Frank, A. W. (2017). An illness of one's own: Memoir as art form and



- research as witness. *Cogent Arts & Humanities*, 4(1), 1343654.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, NY: Anchor Books.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hofmann, T. (2001). Unsupervised learning by probabilistic latent semantic analysis. *Machine Learning*, 42(1), 177-196.
- Holt, T.E. (2004). Narrative medicine and negative capability. *Literature and Medicine*, 23(2), 318-333.
- Hyland, K. (2012). *Disciplinary identities: Individuality and community in academic discourse*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jackson, S.W. (2001). Presidential address: The wounded healer. *Bulletin of the History of Medicine*, 75(1), 1-36.
- James, C. (2015). *Sentenced to life: Poems 2011-2014*. New York, NY: Liveright.
- Jewson, N. D. (1976). The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Sociology*, 10(2), 225-244.
- Juraskova, I., Hegedus, L., Butow, P., Smith, A., & Schofield, P. (2010). Discussing complementary therapy use with early-stage breast cancer patients: Exploring the communication gap. *Integrative Cancer Therapies*, 9(2), 168-176.
- Jurecic, A. (2012). *Illness as narrative*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Kalitzkus, V., & Matthiessen, P. F. (2009). Narrative-based medicine: Potential, pitfalls, and practice. *The Permanente Journal*, 13(1), 80-86.
- Keen, S. (2012). Narrative empathy. *The living handbook of narratology*. Hamburg, DE: Hamburg University Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patient and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narrative: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Labov, W. (1972). *Language in the inner city: Studies in the black English vernacular*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W. (1997). Some future steps in narrative analysis. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 395-415.

- Langenhove, L., & Harré, R. (1999). Introducing positioning theory. In L. Langenhove, & R. Harré (Eds.), *Positioning theory: Moral Contexts of International Action*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Livingstone, A. G., Spears, R., Manstead, A. S. R., Bruder, M., & Shepherd, L. (2011). We feel, therefore we are: Emotion as a basis for self-categorization and social action. *Emotion, 11*(4), 754-767.
- MacIntyre, A.C. (1984). *After virtue: A study in moral theory*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Mattingly, C. (2014). *Moral laboratories: Family peril and the struggle for a good life*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Nell, V. (1988). *Lost in a book: The psychology of reading for pleasure*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Porto, M. D., & Belmonte, I. A. (2014). From local to global: Visual strategies of glocalisation in digital storytelling. *Language & Communication, 39*, 14-23.
- Riessman, C.K. (2003). Performing identities in illness narrative: Masculinity and multiple sclerosis. *Qualitative Research, 3*(1), 5-33.
- Romano, M., Porto, M. D., & Molina, C. (2013). The structure of emotion discourse: From Labovian to socio-cognitive models. *Text & Talk, 33*(1), 71-93.
- Schiffrin, D. (1990). The management of a co-operative self during argument: The role of opinions and stories. In A. D. Grimshaw (Ed.), *Conflict talk: Sociolinguistic investigations of arguments in conversations* (pp. 241-259). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Shuman, A. (2006). Entitlement and empathy in personal narrative. *Narrative Inquiry, 16*(1), 148-155.
- Sontag, S. (2001). *Illness as metaphor; and, AIDS and its metaphors*. New York, NY: Vintage Books.
- Thornborrow, J. (2001). "Has it ever happened to you?": Talk show stories as mediated performance. In A. Tolson (Ed.), *Television talk shows: Discourse, performance, spectacle* (pp. 117-137). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tierney, W. M., & McKinley, E. D. (2002). When the physician-researcher gets cancer: Understanding cancer, its treatment, and quality of life

- from the patient's perspective. *Medical Care*, 40(6 Suppl), III-20-III-27.
- Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. New York, NY: Kluwer Academic Publishers.
- Unschuld, P. U. (1987). Traditional Chinese medicine: Some historical and epistemological reflections. *Social Science & Medicine*, 24(12), 1023-1029.
- van Dijk, T. A. (1993). Stories and racism. In D. K. Mumby (Ed.), *Narrative and social control: Critical perspectives* (pp. 121-142). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Ward, T. (2012). Multiple enactments of Chinese medicine. In V. Scheid, & H. MacPherson (Eds.), *Integrating East Asian medicine into contemporary healthcare* (pp. 55-74). Edinburgh: NY: Churchill Livingstone Elsevier.
- Zhan, M. (2014). The empirical as conceptual: Transdisciplinary engagements with an “experiential medicine”. *Science, Technology and Human Values*, 39(2), 236-263.

# The Wounded Healer: Illness Narratives of Physicians with Cancer

Huei-Chun Chi\*

## Abstract

This study analyzed how physicians with cancer use their personal experience as narratives to evaluate and reflect on their own cancer treatment. Physicians use evidence-based medicine to employ a mutually exclusive framework that explains evidence-based medicine and local knowledge, and they regard local knowledge as unscientific or irrational. However, after receiving a diagnosis of cancer, physicians transition from the role of a doctor to that of a patient. This provides a rare opportunity to reconsider the relationship between evidence-based medicine and local knowledge. They have a chance to voice their local knowledge. In sum, through personal experience and a change in medical perspective, these wounded healers not only reflect on the discipline of evidence-based medicine but also experience its coexistence with local knowledge.

**Keywords:** local knowledge, personal experience narrative, illness narrative, narrative analysis, voice

---

\* Huei-Chun Chi is Associate Professor at Department of Mass Communication, Tamkang University, New Taipei City, Taiwan.