

屏東客家地區健康醫療發展口述史

李瑞娥

摘要

在關注各族群以自己的經驗述說自己本身文化的多元文化研究議題趨勢下；本文以口述歷史研究方法瞭解並呈現屏東客家地區的醫療發展，以口述方式蒐集可以豐富既有文獻資料。研究結果瞭解到客家地區早期客家地區生活困苦，沒有錢看醫生，生病就會到藥房拿藥，早期西藥費用比較貴，一般的病症幾乎都是吃中藥，後來人們用藥的習慣改了看西醫、吃西藥的就多了。在醫療資源缺乏、醫療知識貧乏的時代，身體有病痛不舒服就會找西藥房打針吃藥，也不在乎有沒有執照。早期中藥房、西藥房在客家地區的醫療上具有非常重要的位置；隨著生活水平的提升，政府推動健保醫療制度改善了民眾的醫療品質，相對這些傳統醫療資源也逐漸失去功能。

關鍵字：客家地區、口述史、醫療發展

壹、前言

臺灣社會隨著科技發展與世界潮流而產生了變遷，人類社會為了確保生存，為了滿足個人生存目的，社會組織及結構型態便將隨著情境而不斷的演化與變遷；人類的醫療方式也為了適應社會變遷而發展出不同的方式。

近年來多元文化研究議題已成為一種趨勢；其所強調的精神便是各族群能以自己的聲音與經驗述說自己本身的文化價值。而口述歷史研究方法也就受到不同學科的共同矚目，此乃由於認為從人們口中述敘的往事很容易被遺忘，但一旦書寫成文字，便能納入歷史材料中；但是直到19世紀，口述歷史（Oral history）才在西方找到發展位置（游鑑明，2002）；後現代主義者質疑現代化科學典範在理性客觀的要求下，已將知識價值窄化為自然科學的理性模式，並且已成為一種獨斷的霸權，形成所謂的「大論述」（great narrative）知識，因而主張知識應以多元化觀點及文本（text）來建構知識（李瑞娥，2005）；所以後現代主義代表一種新典範轉移的勇敢接受，它應用人類經驗的不確定來追求對過去歷史的重建（顏玉雲，1996），以便在分裂、矛盾中建立了多元化價值。

Lyotard（1984）在「後現代情境」一書中，認為現代社會的知識是經過工業化與商業化的操作過程所建構而成的。這種現代化計劃、仁慈的知識通常隱含著社會工程，所引導的進步意識和功能，兼具著事前所設定的目的和教育模式（李依雲等人，1999；Usher, Bryant & Johnston, 1997）；這種知識偏重外顯知識的獲取，忽略內隱知識的存在，而外顯知識只是知識的一部份（李瑞娥，2005）。知識是一個有行動力可馬上運用的一些模式、法則和程序，當這些模式、法則透過個人的洞察力、信念、價值觀統整之後，便能轉變個人智慧，使個人能睿智及有效的整合、選擇及利用各種不同知識的內隱能力（林東清，2003）；口述歷史的重要性，在於口述歷史能補充既有文獻的不足（宋錦秀，2002；游鑑明，2002）。而本文嘗試站在平衡的立場為南部客家族群「發聲」，想

透過口述歷史，呈現客家地區在醫療發展上的真實情況；因此，本研究以口述歷史的研究法，訪談相關醫療從業人士，蒐集屏東客家地區醫療發展的口述資料，再參照各檔案資料中的零散史料，以建構客家地區的醫療發展歷史，並給予曾對鄉土民眾默默付出奉獻者應有的歷史掌聲。

貳、研究方法與研究目的

一、研究方法與研究對象

(一) 研究方法：口述歷史研究方式訪談地方人士有關屏東客家地區的醫療發展。

(二) 研究對象：

N1－護士兼中藥店老闆板娘，本身有證照（約 70 歲）。

N2－護士兼西藥店老闆板娘，本身無任何證照（約 70 歲）。

N3－醫院的護理師，本身有護理師證照（約 40 歲）。

C1－執業藥劑師、C2－執業藥劑師。

D1－中醫師、D2－西醫師、D3－西醫師、D4－西醫師。

二、研究目的

(一) 瞭解屏東客家地區的醫療發展狀況。

(二) 呈現屏東客家地區的醫療發展真實風貌與文化。

參、屏東客家地區傳統醫療發展口述研究

一、口述歷史研究法的重要性

口述歷史的語意涉及兩層次之詮釋，一為「口述」，一為「歷史」。「口述」是透過一個人或一群人敘述其生命/生活經驗或生命、生活故事（life stories）以累積文化（text）的方式（李瑞娥，2012）。「歷史」則牽涉到事件何時何地發生，何人牽涉，如何發生...等事實，以及對這些事實所做的詮釋與觀點（江文瑜，1996, 2002）。口述歷史本身是

一門學科，訪問技術讓研究者可末對某個主題探究集體回憶，再以錄音、錄影與筆記傳諸後世（陳瑛譯，2003）。口述歷史在西洋學術研究上首先運用在勞工史、家庭史、婦女史，近年來由中史研究院出版了一系列婦女研究，主要以口述歷史來浮現婦女的主體性，並藉口述史的撰寫來挑戰主流歷史，與發展性別平等觀。在田野訪問中，我們可發現生活的文化習俗與傳說中，有許多「社會潛意識」仍默默的對我們兩性生活世界產生重要的意義（張維安，1994）；口述歷史的重要性，在於口述歷史能補充既有文獻的不足（宋錦秀，2002；游鑑明，2002）。口述歷史研究可從客家地區醫療相關人士的口述中還原在地的醫療發展狀況；藉以呈現在地的真實醫療風貌，進而補充台灣的醫療發展文獻，並平衡學術發展。

二、屏東客家地區的醫療發展

臺灣自 1865 年開放通商口岸，西式醫療由傳教醫師帶入後，西醫便在台灣紮根，尤其在日治期間西醫成了臺灣的醫療主流。在台灣醫療體系成為西方醫療、中式醫療（漢醫）及宗教民俗醫療三種範型在不同的時空環境裡影響著民眾的疾病觀，像是西方醫療被視為「科學性」的，據有支配性的影響力；中式醫療則為「傳統性」，處於試圖復興的階段；而民俗醫療則被冠以迷信和無知，處於一種被打壓的狀況，即使它被認定對疏解病人自責、減輕病人的壓力和提高痊癒的信心有所助益（張苙雲，2003）。

由於中醫有異於西醫的醫療手法，常以天然植物或是食補的方式治療，對講求養生的人來說，中醫就醫率高於西醫；在外傷和骨骼方面的疾病，中醫仍有其地位，尤其是中醫系所、醫院成立和列入健保後，中醫之名走出自己的一片天（李瑞娥、陳順勝、陸銘澤，2014）。依據民國 91 年（2002）屏東縣中藥商業同業公會提供的會員名冊統計，全屏東縣境共 614 家中藥房，一般來說，人口集中的市鎮，中藥房數也相對增加，如屏東市就有 165 家，潮州鎮有 78 家，東港鎮有 36 家，在六堆鄉鎮裡，人口較密集的內埔鄉也有 38 家中藥房，其餘客家人聚居的鄉鎮和閩南人聚居的鄉鎮，藥房數未見明顯差異，中藥

房的設置是以人口稠密、交通便利，商業活動頻繁之地區為主。如果距離市區遠一點，傳統的中藥店比較好經營，不過現在中藥房都很難經營啦，只好自生自滅了，像現在交給我媳婦，就是讓她一邊帶小孩，一邊幫忙看店（張琪等人，2007）。

有關客家地區早期的醫療發展始於何時，已經遠無可考，但從方志、史傳、遊記等文獻得知，早期屏東平原一帶炎熱潮濕多瘴氣，先民水土不服，疫癘大作，死者甚多，病者更是不計其數；也由於當時的墾荒生活艱苦，面對惡劣的自然環境，先民只能信仰神明，以求其保佑，免受疫病的侵害；另一方面，則尋求草藥、偏方等民俗療法，用來保護健康，抵抗疾病。其實，根據一些臨床的醫療，藥草是具有非常好的療效。

我們在非洲醫療時如果把所有西醫搬到非洲成本便很高，而非洲已有很傳統的醫療，他們使用很多草藥；像馬拉威有很多愛茲病患者，而治療愛茲病的藥物是很昂貴的，愛茲病它有很多症狀，有味口差，食慾不好，拉肚子，我們很難找到一種藥物來治療它控制它，我們發現當地有一種草藥可以治療拉肚子，這些病人有拉肚子時便可用這些草藥醫治減緩病情（D2）。

因此，在未建立西醫醫療體系之前，傳統中藥一直是早期客家地區普遍的醫療模式，甚至是民眾在醫療體系中的重心；現在傳統醫療方法依然受到社會民眾的認同，尤其是中式醫療、中藥有時更具有西醫所無法醫治的療效。

（一）中藥房的發展

早期的中醫是以中藥房的形態呈現，從清領、日治、戰後一直發展至今，中藥房的創辦通常有祖傳、師徒相授和承接三種類型，在早期藥材大都從中國而來，而中藥製成包括清洗、烘乾、切片、製粉、包藥等，所以中藥店除了有藥房外，還有製藥、曬藥及儲藏的地方。傳統醫學和草藥因為有便利和低價的特質，讓它成為在西醫資源不充足地區的主要替代選擇，因此在 1921 年台灣的草藥房，包括藥房、生藥成藥販售處成長快速，有 2,666 間，到了 1942 年，規模大小不一的

草藥行總數便來到了 10,238 間（劉士永，2008）。民國 84 年開始實施全民健保，中藥房的生意就一落千丈了，民國 78 年政府發布「野生動物保育法」，對特殊中藥材的管制，例如犀牛角、虎骨、虎鞭、麝香、熊膽、蛇膽等，視為違禁品不准進口，目前中藥房都已禁止使用，這些無異使中藥房經營惡化情形雪上加霜（曾純純，2006）。根據 1920 年的統計，臺灣的藥種商達 3,511 家，臺灣人經營的就有 3,303 家，且大都是中藥商；之後中藥房隨著西醫成為主流，中藥房不得行醫，再加上野生動物保育法及藥事法設限、全民健保施行、中藥人才專門學校缺乏、夜市超商販售中藥材競爭等，中藥房因而沒落（蔡明坤、王淑慧，2006）。在客家地區現在仍有中藥房，開業已有百年歷史的中藥房老闆娘接受訪談時說（N1）：

民國 74 年通過屏東「中藥基本知識及鑑別能力甄選及格」，然後申請中藥商許可證，已開店六十幾年；民國 61 年我結婚時是我公公開的中藥店，早期中藥房的生意很好做，不像現在有勞健保，當時去醫院去看病都要自費，所以願意來買中藥的人比較多，現在醫院診所多了，又有健保給付，中藥房的生意就很不好做了；在中醫有健保，中藥房慢慢會消失了。

中藥房是持藥商執照，但不能進行醫療，一般常見有中藥房在做診斷，主要是老一輩的習慣，通常中藥房都是家族傳承，我是我公公先前開業，然後再傳給我，年輕人沒有人要接了！

現在生意很差，我做過很多的工作來補充家計，但還是要做下去，加減有收入，大部份都慢性病來買藥，像肝病，愛喝酒的人常有肝的問題，就買中藥回去調養；以前的人在冬至時都會買八珍、四物回家燉補，生意非常好，現在營養那麼好了，那裡還有人要買？中藥店無法再傳承下了，經營真的困難。

我賣的中藥都是藥草，沒有賣科學中藥；大部份都向高雄的藥商打電話叫貨，他們固定每星期三、六都會送，貨源大都來自大陸；每種藥草都有保存期限，但是他們送來後我都要常常晒太陽，沒晒就壞了，保存期限還沒有到發霉壞了，發霉了就要丟掉，所以一定要常常放在太陽下晒一晒。

我不敢囤貨，因為中藥的價錢起落很大，有時漲得很嚇人，有時

又跌很多；有客人要我告訴價錢時，我都無法回答，我都要打話向藥行問價錢再處理，價錢常常在變動，這次送貨的價錢和上次的價錢不一樣。我會訂一些藥材備用，因為有客人臨時會拿藥單買藥，一定要有藥給客人，只是藥材的量要控制好。

中藥房經營真的困難，必須靠其他工作維生；而且年輕人都不接受中藥，只有老年人才會來買中藥。

中藥一定要保持藥材的新鮮度，特別是動物類藥材，以前只能充份曬乾，出蟲就丟棄，現在則用冰箱存放幾乎每家店裡都有一台冰箱，以前藥材商用硫黃保存，顏色也漂亮，成合堂表示味道會跑掉，詹素珍說，以前她跟陳文星拿藥，陳都知道藥材經過硫黃熏過，就不會介紹給詹，為免藥材生蟲，通常不多拿，一斤、兩斤，保持鮮度，用完再叫貨（曾純純，2006）。民國 71 年我接手管理中藥店，那時生意還好，後來健保開始後生意就差很多了，現在就是買一些食補的藥材，像煮當歸雞、薑母鴨那些的，早幾年經濟比較好的時候，比較貴的藥材還有人買，現在大家沒有錢，都把錢省下來了（張琪等人，2007）。一般來說，中藥房的營業項目大多是中藥材販售，藥房型態是屬於「商住合一」的型態，前面開店，後面住家，一整天都是營業時間，這些客家前輩中藥商一直都在為生活奮鬥與努力也留下一些生活紀錄，讓我們瞭解先民在台灣生活營生的點滴，更留下鮮活的歷史見證。

（二）中醫在西醫主流下的發展

日本政府透過一系統的衛生醫療政策，不斷建立西式醫療院所及教育西醫知識，使得西醫獲得發展，而中醫則受到抑制，一直到在戰後才實施中醫和西醫雙軌並行的衛生政策；但在大環境已形成的情況下，包括醫學教育（西醫校為主流）、民眾就醫觀念、勞保政策及普及度，西醫已在台灣根深柢固，民眾的就醫意向以西醫為主，甚至出現了中醫存廢的問題（李瑞娥、陳順勝、陸銘澤，2014）。目前全臺灣中醫一年服務人數近 4000 萬人次，約有 200 億的醫療金額，而屏東中醫利用率屬全國前者，目前全屏東有 128 位中醫師，73 間診所，不過醫院中只有屏東基督教醫院和署立屏東醫院有附設中醫。

根據郝宏恕的分析臺灣民眾就中醫的特色有：「脫臼，扭傷及拉傷」

利用中醫次數及費用最高，用中醫藥療法，男性高於女性，患病部位以肌肉骨骼神經系統佔第一位，年紀愈大者愈偏向中醫；一般人對中醫的觀念大都是藥效慢但能治本，和西醫藥效快但只能治標不同（郝宏恕，2012）。在強勢的西醫主流下，中醫曾經陷於低迷，不過在 1995 年中醫開始納入健保，中醫便在保險制度下奠定了基礎，使中醫師能有穩定的收入，也使中醫得以順利發展。

中醫診所在納入健保後便穩定發展，和未納入健保前差距很大，民國 90 年在馬光中醫院當中醫師，早期大部都是看傷科，看中醫的大部都是老人，也是看傷科的比較多，我什麼方式都嘗試過，像放血、拔罐等民俗療法；現在大部份看內科、慢性病比較多，有時是西醫看不好，或是肌肉酸痛的啦，最近自律精神失調、憂慮的病人逐漸增多，看這個症狀的病人有逐漸增加的現象，這是和以前較不同的地方；自己開業，每個月會有誤差大約看 40-50 人，我不要求賺得多，這樣的收入就很好了（D1）。

我們可以理解到民眾通常慢性病才會看中醫像骨骼肌肉傷痛、疾病治本及體質調理部份，比較信賴中醫，而且老人顯然比較相信中醫；台灣的西醫顯然在醫療上高於中醫的位置。其實中醫及西醫在醫療上應該是可以相符相承的。

有些過敏的病患，長期都在醫療的病患，我會建議去看中醫來改變體質；我覺得西醫和中醫在醫療上是相輔相承的，譬如老人免疫系統差，還有癌症重病的人，應該可藉由中藥來調養身體，有些醫院會併用西醫和中醫（D3）；如果病人需要檢查細部症狀，需要一些數據就是需要西醫，或是有急症，還是要開刀，這可能比較有效；有些慢性病，或是說不出那裡不舒服的病症，我會建議病人去看中醫；中藥加入科學觀念的研發後變得非常有價值，像香港的科學中藥；我很佩服中藥，但有些中醫師若配合不上科學的發展水準的話就會被淘汰；現在馬光中醫院就水準非常好，裡面的醫師非常有水準，經營的非常好已經擴展到大陸開分院了（D4）。

我會看中醫的，如果想早點好又能止痛的話就去看中醫，像腳扭到了，我就去看中醫針灸，針灸紮一下隔天就好了，如果西醫的話就

是吃止痛、消炎的藥，需要一段時間，針灸紮下去就止痛了；要好的快就要看中醫，我不吃止痛藥的，我的工作就是腎臟血液透析，就是洗腎部門，止痛藥對腎臟不好，我不讓止痛藥物進入身體，我情願以外力治療，像中醫針灸，不做侵入治療（N3）。

其實，近年來投入非常大的經費以科學方式研發科學中藥，而使得中醫有了更有利的發展。早期杜聰明和他的門生持續的研究，例如提出苦參子、魚藤、八角蓮、麻黃、木瓜葉和鴉膽子等有效成分和作用，尤其是有效地從木瓜葉萃取出治療阿米巴痢疾的重要成分，可有效殺死赤痢原蟲（楊玉齡，2002）。利用現代化分析和萃取有效成分等手法，針對傳統藥方裡的生藥材進行化學及藥理分析，一度分析常山和柴胡的成分，希望找出代替奎寧的藥品；到了 1920 年開始，科學漢方不斷推出，例如仁丹（口腔清新劑）、中將湯（女性滋補藥品）和龍角散（咳嗽藥粉）等藥品推出，還在廣告中附以帝大或醫博科學研究、實驗證明有效等字句（劉士永，2008）。

中藥加入科學觀念的研發後變得非常有價值，像香港的科學中藥就非常有名，有效果。另外像中國針灸止吐有效，美國就利用這個原理發明了止吐帶，放在針灸的穴道；確實有人在將傳統醫療和現代醫療結合起來應用與研究；現在有人利用實證醫學分析草藥那些部份有用，為什麼有用，然後帶回去給現代醫學去把這些療效實證的證據呈現出來，這些可從 CAM 網頁看到已有很多的研究成果出來了（D2）。

臺灣及各地區的西醫和中醫同時發展是很獨特的醫療面貌，這和其他國家面對西醫潮流，而普遍放棄傳統醫療的情況很不相同；尤其是現在一般人比較沒有時間煎藥草，看中醫可以吃藥粉、科學中藥便更能有助於中醫的發展；在西醫主流下的中醫能持續存在，是民間所需，也是健保政策及科技發達所形成的現象。

（三）西藥房與寄藥包醫療角色

早期西醫的高診療費及藥價，台灣的民眾生病時都向西藥房購買成藥。臺人西醫開業者日增，漢方醫師漸減，病人多趨於西藥（陳志昌，2008）；戰後傳統中醫解禁，不過醫政尚未上軌道，密醫橫行，1975 年行政院宣佈實施取締無證照的醫療相關工作者；雖然如此，屏東當

時仍有不少藥局還是向藥劑師租借執照開業，有時還幫藥劑師繳會費及年費，因為藥局生意好，這樣還可賺錢（李瑞娥，2012）；不過隨著1995年實施全民健保，西藥局的生意便不好。

民國54年租了一間房子開了一家「西藥房」。當時要申請開業時，有人專門負責幫人家申請開業執照的人會幫助需要的人，向縣政府衛生局申請，那個人有管道向有藥劑師執照的人租借執照，那時好像是一個藥劑師的執照，可同時租給三個西藥房使用，因為有執照的人很少。當時申請時，租金大約幾千塊，詳細數目我不太記得，因為全部都包給他負責申請，我也不知道到底是向誰租借的，其實我當時也不知道誰有藥劑師執照，大概租了半年，租金半年三千，對當時來說是很貴的。所以申請開業通過後，期滿便不再租藥劑師執照了，那時大部份開業的人都沒有執照，政府並不會抓得很嚴，所以能夠不租當然就不租了。那時是有衛生機關的相關人士偶而會來查，但是並不會很積極，我就能省就省，有時租半年，有時就沒租。

到了民國七十年代才開始長期租，因為衛生單位常常來查看是不是有執照，所以民國七十年以後便持續向人租藥劑師執照，曾經向不同的人租借，有時租半年，有時租一年。租借執照的費用從民國54年的半年三千元，一直隨著物價調漲，到了民國70年左右是三萬元，民國88年我租時已漲到了一年五萬元，那時還要幫藥劑師繳會費及年費，所以一年租費大概六萬，但是那時生意還很好，付了藥師執照租費，還有賺錢。

民國50年到70年的時候，收入非常好，村裡的人感冒、拉肚子、氣喘、小外傷都會來治療，民國54年時感冒藥二日份是20元，60年的時候是30元，到了民國70年左右是50元，到了民國80年左右是100元；早期如果病人感冒較嚴重時，會幫人注射（注血管與非注血管）就多收50元—100元不等。

早期在民國50年到70年左右的時候，割稻子時，北部的人會組團來村庄幫人割稻子，因為割稻子是有時間性的，所以那時村裡來了很多幫忙割稻子的，生意就特別好，他們會買補充精神的口服液，或

是胃散、劑通水（中暑時服用）、擦傷口、等；割稻的那段期間收入就非常好。

鄉下地區比較常用的藥，大概都是感冒水（早期是 5 元，現在是 20 元），還有運功散（內傷用）、補腎丸、提神的口服液（以前 5 元，現在 20 元）、張國周胃散（30 元）、等（N1）。

我原本是護士，結婚後就辭職了，那時西藥很熱門，那時就中西藥一起營業；那時的人很敢，氣喘發作時就叫我幫他打針，也不怕出事，而我也就賣西藥、打針，生意很好（N2）。

1995 年實施的醫藥分業影響臺灣人就醫習慣，也深深影響醫藥之間的競合。所謂醫藥分業，根據衛生署的定義是醫師與藥事人員各司其職的專業分工合作方式，原則是醫師處方而不調劑，藥師調劑而不處方（行政院衛生署，2007）。

醫藥分業好處在於使醫師可花更多時間專注於診療，診所可節省藥局人力及設施，而所開的藥，透過藥師可進行再次確認；另外一直重醫輕藥的觀念也會改善，藥師有較多的執業空間並發揮專業知識；不過醫藥分業還是牽動從日治時期漸培養出來的習慣及利益關係，針對藥物調劑權歸屬，各方展開論戰甚至走上街頭，政府因而實施分階段「雙軌制」醫藥分業，在實施醫藥分業的地區診所，可以聘請藥事人員調劑，或交付處方給民眾到特約藥局調劑，由民眾自由選擇（蔡昭華，2002）。

醫藥分業考驗著民眾的認知與習慣，一般的診療所執行的業務幾乎涵蓋了所有主要的醫療業務，在消費金額差異不大的情況下，醫療診所可提供的多樣化服務，又有無形的診斷與照護，確實不是一般藥局和成藥藥房所能相比；而且醫院、診所醫師大量購置調劑用藥成本可再降，相較於藥局或藥房成藥僅能依進價成本加碼販售，醫師有較大的藥價空間（劉士永，2008）。

健保實施以後西藥房經營是每況愈下，生意愈來愈糟糕；我不靠藥局生活；民國 80-90 年之間所有的藥房，如果要生存的話就是要賣奶粉、紙尿褲，90 年後就是要申請健保處方箋，如果沒有配合這樣的趨勢的話，就無法生存；再加上最近「健康食品法」公布，導致一些

健康食品並一定要在藥房販賣，一般超商及大賣場、電台直銷都可販售；藥房就是靠健保處方箋，但是健保局有很多規定，非常繁瑣，讓一般的社區藥局不能接受（C1）。

我們家已開業五十幾年的；健保後生意是有影響，只是我們沒有請人幫忙，都是自己在做就還過得去，都是五十年來的老主顧，我們只賣在地的客人。我先前有申請健保給藥，現在已經沒有了，因為常常跑出去處理健保的業務就變得很麻煩（C2）。

現在醫師的多餘時間通通奉獻給健保局，肇因於健保局規定診所要有藥劑師，診療費又低，診所報表行政工作繁雜，處理瑣碎業務需花費許多時間（張琪等人，2007）。其實，醫藥分業對藥劑師是有好處的。

民國 84 年醫藥分業後，規定每個藥局都要有執照的藥劑師，所以藥劑師地位升高了，薪水調到五、六萬元左右，因為藥劑師很難找；其實醫藥分業對藥劑師也有利的，不完全是有害處的；有個朋友在醫院當藥師，一個月有 3-5 萬的薪水，很穩定；自己開藥局的話，可能也有 6 萬左右的收入，但是就是要整天耗在店裡（D1）。

另外，早期在醫療缺乏又交通不便的地區會有寄藥包，屏東客家地區也有這些醫療資源。寄藥包是日治時期從日本引進，主要是早期鄉下醫療資源缺乏且交通不便，有些業務員向藥廠批發成藥，然後深入家庭，先將一定數量的藥品寄放在使用者的家中，再定期依實際使用的數量予以結帳，不足的部份再給予補足。戰後到六十年代左右一般家庭都有寄放藥包，懸掛在明顯的牆壁上，寄放藥包是由藥廠的外務員將薄荷丸（油）、五分珠、葫蘆脾胃腸藥等成藥放進藥袋，並註明藥物名稱及數量，再供給民眾有需要時使用，通常是晚上突發病痛時應急（柳秀英等八人，2006）。

我在讀小學時（民國 50 幾年的時候）家裡有放藥包，記得「放藥仔」（客家話）一個月會到家裡一次，看看家裡有沒有用藥包裡的藥，有使用就會收錢；藥包上有記載薄荷油、五分珠、胃腸藥等成藥，還有註明數量，如果藥品沒有用就會換新藥；家裡有時會用，後來隔壁開了西藥房後就沒有再放藥包了（P1）。

民國 40 年就有放藥的，我家沒有放；放藥者一個月會到家裡換新藥，或收費；一般人有病便到西藥房拿藥吃，沒有去給醫生看，沒有錢（P2）。

隨著交通便利及藥店林立且深入鄉間，寄藥包在現在社會中已難見到，只可能有一些鄉間尚可見到，例如雲林虎尾一位施松林先生，至今仍定期為客戶送藥包，只是客戶從早期的七、八百戶，到現在只剩下二、三十個點，尤其是現在實施醫藥分業，藥也不能亂賣（林國賢，2010）；早期中藥房的生意很好做，醫所、診所，不像現在有勞健保，當時去醫院去看病都要自費，所以願意來買中藥的人比較多，那時有的人買高麗蔘來補身體，一斤幾萬元的都有人買，現在也有人買，但是都是買等級差的，買便宜的，再加上保健食品也多了，醫院診所也多了，又有健保給付，所以中藥房的生意就很不好做了（張琪等人，2007）。可知，早期客家地區生活困苦，沒有錢看醫生，生病就到藥房拿藥，附近沒有藥房的村莊就拿「放藥包」裡的藥吃，如果有中藥房就到中藥房買藥；客家地區隨著政府推動健保醫療制度改善了民眾的醫療品質，相對的早期一些傳統醫療資源就逐漸消失了。

肆 結論

從客家地區醫療相關人士的口述中我們瞭解到早期客家地區生活困苦，沒有錢看醫生，生病就到藥房拿藥，附近沒有藥房的村莊就拿「放藥包」裡的藥吃，如果有中藥房就到中藥房買藥。早期西藥費用比較貴，因此當時一般生活上的病症，幾乎都是吃中藥，那時中藥房的生意還不錯，後來人們用藥的習慣改了看西醫、吃西藥的就多了（張琪等人，2007）。在生活辛苦、醫療資源缺乏、醫療知識貧乏的時代，身體有病痛不舒服就會找西藥房打針吃藥，也不在乎有沒有執照。那時的人很敢，氣喘發作時就叫我幫他打針，也不怕出事，我就賣西藥、打針，生意很好（N2）。

顯然，客家地區在早期時中藥房、西藥房在醫療上具有非常重要的位置，甚至「放藥包」也提供很重要的醫療資源；隨著生活水平的提升，政府推動健保醫療制度改善了民眾的醫療品質，相對的早期有

些傳統醫療資源也就因為失去功能，而逐漸消失了。

參考書目

- 宋錦秀 (2002)。策略、情境與倫理。載於游鑑明著傾聽她們的聲音，135-158。
- 江東亮 (1995)。台灣地區的醫師人力政策：1945-1994。中華衛誌，14(5)，383-391。
- 江文瑜 (1996)。口述史法。載於胡幼慧主編質性研究：理論、方法及本土女研究實例，頁 246-269。台北：巨流。
- 江文瑜 (2002)。口述史法。載於游鑑明著傾聽她們的聲音，112-134。台北：左岸文化。
- 行政院衛生署 (1995a)。台灣地區公共衛生發展史，台北：行政院衛生署。
- 吳嘉苓 (2000)。醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析。台灣社會學研究：第四期，頁 191-268。台北：國立台灣大學社會研究所。
- 李衣雲、林文凱、郭玉群譯 (1999)。後現代性 (原著：B.Smart)。台北：巨流。
- 李瑞娥 (2005b)。後現代價值觀對教師知識觀的挑戰。載於第一屆「社會重建課程的理念與實踐：覺醒、增能與行動」國際研討會論文集。台北市立師範學院課程與教學研究所主辦。
- 李瑞娥 (2012)。屏東鄉間的醫療發展－助產士與藥房老闆娘口述醫療事跡。屏東文獻，15。屏東縣：屏東縣政府文化處。
- 李瑞娥、陳順勝、陸銘澤 (2014)。屏東縣志－健康與醫療篇。屏東縣：屏東縣政府文化處。
- 林東清 (2003)。知識管理。台北：智勝。
- 林國賢 (2010)。保健宅配施松林寄藥半世紀。自由時報，11月10日。
- 呂芳上 (2002)。開拓客家婦女史的研究。載於客家文化學術研討會論文集，596-599。行政院客家委員會。

呂玉瑕(1995)。社會學與性別研究。近代中國婦女史研究,3,177-192。
柳秀英等八人(2006)。屏東縣客家地區戰後醫療發展口述歷史。行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書。屏東縣：美和科技大學。

房學嘉(2000)。客家女性在宗族中的地位：以梅縣丙村溫氏仁厚祠為例。第四屆國際客家研究會論文集：聚落、宗族與族群關係,247-262。台北：中央研究院民族所。

郝宏恕,〈民眾對中醫藥之認知態度及消費行為特質之研究〉。
<http://tcam.ccmf.gov.tw/information/file/92/2-01.PDF> (上網日期：2010/12/20)

張典婉(2002)。台灣文學中客家女性角色與社會發展。世新大學社會發展研究所碩士論文,未出版。

張維安(1994)。客家婦女地位：以閩南族群為對照分析。客家文化研討會論集,頁243-270。台北：行政院文化建設委員會。

張琪等十人(2007)。六堆地區客家醫療發展口述歷史(二)》,行政院客委會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書,屏東縣：美和科技大學。

張苙雲(1995)。組織的轉型與結盟：兼論產業競爭氣候的形塑與激化,國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學5(1):94-112。

游鑑明(1994)。走過兩個時代的台灣職業婦女——訪問記錄。台北：中央研究院近代史研究所。

游鑑明(2002)。口述歷史與台灣婦女中研究。載於游鑑明著傾聽她們的聲音,53-83。台北：左岸文化。

游鑑明(2002)。傾聽她們的聲音。台北：左岸文化。

陳瑛譯(2003)。口述歷史。原著 Ken, Howarth。台北：播種者文化事業。

陳瑛珣(2005)。忍苦為家—清代臺灣客家招婚書中的女性地位。美和技術學院通識教育中心主辦客家文化研究研討會。

陳志昌(2008)。台灣民間食禁文化之研究—以「食物相剋中毒圖解」

- 為討論中心。國立台南大學臺灣文化研究所碩士論文。
- 陳神發 (2009)。我參與中醫事務經過之所見。高雄市中醫師公會創會 60 週年紀念專輯。高雄市：高雄市中醫師公會。
- 曾純純 (2006)。從六堆鄉賢著作看屏東縣客家地區戰前的醫療發展。屏東客家醫療史·移民與文獻論文集。屏東：美和技術學院。
- 楊玉齡 (2002)。一代醫人杜聰明。台北：天下遠見。
- 蔡明坤、王淑慧 (2006)。戰後內埔客家地區中藥房初探。屏東客家醫療史·移民與文獻論文集。屏東：美和技術學院。
- 蔡昭華 (2002)。從醫藥分業探討基層醫療診所藥師之角色。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文。
- 楊雅慧 (1996)。阮的心內話：十位女性的生命告白，台北：台北縣立文化中心。
- 楊國樞 (2002)。華人心理的本土化研究。台北：桂冠。
- 藍佩嘉 (1991)。母職－消滅女人的制度。當代，62，頁 84-88。
- 劉士永 (1997)。一九三〇年代以前日治時期台灣醫學的特質。中央研究院台灣史研究 4(1):97-147。
- 劉士永 (2001)。「清潔」、「衛生」與「保健」-日治時期臺灣社會公共衛生觀念之轉變。台灣史研究，8:1，台北：中央研究院。
- 劉士永 (2006)。中醫的衰微與科學化。臺灣醫療四百年。台北：經典。
- 劉士永 (2008)。日治時期台灣醫藥關係管窺。從醫療看中國史。台北：聯經。
- 顏玉雲 (1996)。後現代主義與比較教育學之發展。載於中華民國比較教育學會 (主編) 教育：傳統、現代化與後現代化。125-143。台北：師大書苑。
- Lyotard, J., Harvey, R. & Roberts, M. S. (eds.).(1993). **Toward the postmodern**. New Jersey & London: Humanities Press.
- Usher, R., I. Bryant and R. Johnston. (1997). Adult learning in post-modernity and reconfiguring the 'other': self-experience in adult learning. In **adult education and the post-modernity challenge**. London & New York : Routledge.

