

譯

著

疾病的性質：

社會學的觀點

□ 黃維憲譯 □

一、疾病的種類

醫學一經專門化爲特別職業後，任何一個對疾病的徵兆、原因和後果的研究有興趣的人，所要面臨的，將是分類的困難。基本上，分類（classification）是選擇資料，使它成爲材料的類型（categories）或分族（families）之過程。不用說，同樣的資料，可因不同的意圖和理論架構，而用不同的方式來加以分類。當一個人遇有大量的知識資料時，例如醫學界所累積的大量材料，則類型的選擇，就很複雜了。舉例而言，有關於任何已存的疾病，如動脈炎心臟病（arteriosclerotic heart disease），一個病理學家所興趣的，將是它對於身體侵害的本質和來源；另一方面，生理學家則興趣於，此疾病對於身體功能的影響；而臨床學家（clinician）最大的興趣，可能是在此疾病壓力下的機體功能爲何？其可被觀察到的徵兆是什麼？發生此疾病的第一個階段是怎樣？這些相同的性質，亦可以從其他不同的觀點，來加以研究，如流行病學者、公共衛生醫生、家庭成員、屋主和其他人等的觀點。從而此疾病，可以從很多不同的方式，來加以分類，因而呈現出很多不同的資料。

從社會學的參考架構來說，吾人將願意依疾病對於團體生活的影響，來加以分類；而不太願意依特別疾病實體（entity），來加以分類。像其他人類類的敵人一樣，不論其團體成員，是家庭或社會，疾病威脅到團體的團結和生存。疾病干擾了團體成員間的溝通，使領袖或成員無能，也使團體成員履

行指示或既定的社會角色或工作的能力減低；同時也改變了團體成員對於其他人的想法和反應。因此，在維護成員，以使社會得以延續的層面上而言，抵抗疾病產生了重要性。從團體防護和其結果的觀點來看，重要疾病的性質，將被加以檢視，同時我們將會看到，它們是牽涉到很多的行爲。從某種意義而言，從人類羣體所採取的防衛方法來描述疾病，可以反應出，對於病人的公共衛生（特別是社會態度）的歷史之發展。也就是說，我們預告了此章和下一章的討論爲，有些團體在處理疾病時，是採取隔離或毀滅病；有些則嘗試去處置被害者；有些則企圖從團體成員的衛生觀念的達成，來預防疾病。雖然那些反應方式，從公共衛生的發展，或從今日不同文化處理疾病的區域比較方法來看，可被視爲是歷史的；但是無論如何，上述的疾病觀念，也對於結構和功能，和團體本身的組織產生了影響。

理論上言之，任何分類系統，將允許一個人把適切的資料，劃分爲相互排斥的分類；然而實際上，它是很難辦到的。對吾人的討論目標而言，特殊疾病實體的性質，並不是重要的思考對象；而其焦點，則在於能允許檢驗人類行爲的特殊的社會性質之較大範圍的疾病分類。從而吾人所選擇的分類爲（1）傳染病（communicable diseases），（2）慢性病（chronic diseases），（3）精神病（mental diseases）。很明顯的，此類一般性的名詞，在性質和其結果上，可能會有重疊的地方，但是在有意義的社會不同上而言，則各類型是有其各自的意

義。

二、傳染病

目前的醫學知識指出，大部分的傳染病，是因爲許多種類的微生物，例如傳染菌 (bacteria)、濾過性病原體 (viruses)、菌狀體 (fungi)、寄生蟲 (worms) 和發疹傷害病原體 (rickettsiae) 等，成爲人類宿主 (human host) 所致。事實上，很多成功的醫學故事，是來自於十九世紀末和二十世紀初，先驅者對於特殊疾病原因的辨明的貢獻。不僅是巴斯德 (L. Pasteur)、庫克 (R. Koch)、埃爾利克 (P. Ehrlich) 等，能够證明許多疾病的原因，如霍亂 (cholera)、結核病 (tuberculosis)、梅毒 (syphilis)；同時在許多例子中，如霍亂、天花 (smallpox) 等，也發現了疾病的預防方法。此類的發現，使得公共衛生的實施，有了科學的基礎；也使得公共衛生運動走上快速成功的道路。

他們也發現，如結核病等一些傳染病的代理者 (agents)，能以藉着空氣傳染 (droplet infection)，而使個人傳給個人，團體傳給團體。換言之，病原菌 (disease germs) 在潮濕空氣中，藉着疾病個體而散發出去 (或滲出大量的黏液或唾液，再透過蒸發變成爲空氣中的小滴，而那些小滴可爲未感染個體所吸入)。然而因爲小滴在空氣中經常很快地被蒸發，因此對於許多疾病體 (disease organisms) 常帶有致命的效果，或變成爲消失。因此空氣傳染經常需要感染個體與

新宿主之間的親密接觸。其他的疾病，如霍亂的感染個體到新宿主的傳染過程，則是透過負載體 (disease-bearing organism) 和新宿主間的食物攝取通道之相關而達成，而最通常的方式，則是透過已污染的飲料，或已污染的食物。另一個直接傳染的方式，則爲感染體與新宿主的身體接觸，如性病 (venereal disease)。第四種類型，包括瘧疾 (malaria) 和鼠疫 (plague) 的傳染，是被蚊蟲，或其他攜帶致病的帶菌者 (vectors)，如老鼠等，咬了一口所致。因而傳染過程的一致現象，可說是帶菌者和新宿主之間的直接或間接接觸 (contact)。

除開病原 (etiological) 的因素外，傳染病的其他性質，也有社會的重要後果。例如，大多數的傳染病，是已身爲限 (self-limiting)。當一個健康的人，感染到傳染病時，他可能生病一段時間，然後他或是痊癒，或是死亡 (雖然廣泛的併發症亦可能發生，但是，有些傳染病，例如風濕性心臟病 [rheumatic heart disease] 的鏈鎖狀殘菌感染 [streptococcal infections]，則常帶有永久結構性毀壞反應的併發症)。傳染病具有較短暫的生命史，其範圍可從德國麻疹 (German measles) 的三天，到水痘 (chicken box) 的二個星期。除外，它有介於真正傳染病和發生徵兆之間的典型潛伏期的存在，而它對於某些疾病，通常是明顯的。在此潛伏期，對於病人而言，疾病的存在並不顯著，有些病人甚至在徵兆未真正變成爲顯著之前，所受的感染，已爲身體防禦所除去。在

潛伏期後，假如一個人的身體，受到入侵的疾病體成功地影響，而自動體素 (automatic tissue) 也對此產生反應；那麼他可能感到有病，並扮演了某種被界定的疾病特性之徵兆。然而最後，身體自動地復原 (通常用醫藥的介入而加速)，或者是傳染過程，繼續惡化，以致於受害者死亡。屬於此性質的例外，如肺結核和梅毒等，則不是已身爲限，也就是說，它們的結果，在某一短時間內，是不會終止的。其他如小兒癲癇和風濕性心臟病等，則常留有嚴重的生理缺陷後遺症。這些疾病，具有與下列要討論的慢性病相同的循環式特性。

傳染病的另一個重要特性則爲，它的發生乃因單一疾病代理者，或至少在那時期，是一種疾病代理者，比其他代理者佔優勢所造成。此意義表示出，傳染病的預防和處理，本質上而言，大部分可能是生物學的性質，而把寄宿主看成爲個人的想法，則受到較少的注意。也就是說，想要有高度的成功率，則其治療焦點，可能要集中於病原 (disease-agent) 本身，或/和身體受影響的那一部位。而這種特性，是與其他類型的疾病大不相同的。

傳染病的最後一個特性則爲，這些疾病，通常都有造成部分流行病的可能。從定義而言，那些疾病是能够傳染的，也就是說，它能够從寄宿主擴散到其他宿主 (雖然帶菌者或負載者，並不常是人類)。因而傳染病在人口密度較大的地區，便呈現出較嚴重的威脅。例如大都市中的貧困階層，他們不僅是擁擠地居住在一起，而且也生存在某些傳染

染病擴散，和很少或甚至沒有任何醫療照顧資源的環境下。身體對於疾病負載機體的侵入之反應，可以產生抗體（antibodies），從而緩和了疾病的影響。抗病的產生，通常會產生一種對於疾病進一步攻擊的自然免疫（immunity），這種特性也是許多傳染病的特性，即使在某些例子中，免疫可能只是部分或暫時的。此知識使人們發現，假如有任何自然免疫水準，可能在健康的個人上增加時，那麼就可能預防他們染上任何一點疾病。從而免疫學的園地，就在人類羣體為提高疾病預防的目標下，發展出來。它與差別易感性（differential susceptibility）的特性之關係，是特別的重要。下面所呈現的資料指出，某些年齡層，較其他他年齡層，來得易於感染傳染病，同時這些疾病，對他們也產生較嚴重的後果。結果小兒科醫師（pediatricians），慣例地給與嬰兒DPT（diphtheria-pertussis-tetanus）注射，因它能使那些疾病，產生相反的影響。相似的，老年人的流行性感冒（influenza）的預防接種，經常被認為是需要的。

傳染病的特性，提示出對抗他們的防衛之直接的干預（intervention）策略。部分而言，此乃因為有關病因，傳播模式和有效治療等巨大的知識寶庫，已經發展出來；它不僅意味着疾病是可以處置的，同時也是可以預防的。從而吾人可以說到：(1)用主要預防（primary prevention）為主要手段，以避免第一線上疾病的發生。(2)用次要預防（secondary prevention），以停止疾病的

進展和它的副影響。(3)用三級預防（tertiary prevention），以恢復因疾病在機體或軀幹上，所造成的可能高水準功能，如復健過程（the process of rehabilitation）。

既然傳染病的一個最主要的特徵，是他們需要病原和新宿主之間的接觸。那麼，第一線將是中斷傳染鏈，以防止帶菌者到達和影響新宿主。其中最明顯的一個方法，是使帶菌者與其他隔離。孤立和隔離的技術，在十九世紀聖經時代時，已經佔有重要的角色，它是用來分離癩瘋病者（lepers）和其他人；同時在義大利，海關官員也用它來阻止入港船隻所帶來的黑死病（Black Death）或腺鼠疫（bubonic plague）傳染到他們的城市。二十年前，我們也能在患有麻疹、流行性耳下腺（mumps）、小兒天花等傳染病住家之前，看到置有隔離的符號。肺結核療養所，傳統上都是位於城市的邊緣；在其中，某些隔離警告是經常被看到的。然而吾人也應知道，此類的防衛方法，只有在透過空氣傳染，而以人際接觸擴散或較不會擴散的疾病，才會有效。

即使大多數傳染病，是已身為限，但吾人並不能完全的認為，病人可依賴自然過程，而能自然地康復。再者，透過隔離而截斷傳染鏈的方法，僅有在個人或小型團體的防衛上才能生效；從而早期為了大型基準（large-scale basis）而發展出來的截斷傳染鏈負面效果的方法，乃是療養所的處置。此種處置法，是在一八四四年以前，由佛蘭克（J. P. Frank）所提倡，而用以做為重要預防方法

，現在此法已被公共衛生機構所廣泛採用。吾人應記住，許多傳染病原的產生、發展和其影響範圍，主要是來源於污物、髒亂、臭水和不當的污水處理。現代療養所處置法的發展（有些在羅馬時代，已達其顛峯），已大大地減少某些病原的孳生環境，和截斷了其傳染的線路。

另一種大型基準截斷傳染鏈的方法，是透過免疫。如上所述，免疫是一種過程，在其中，對於疾病的任何免疫的加強，是透過藉着對於那些外來病原之特殊抗力的建立之反作用，來減弱或殺死可能致病的病原的控制之引入而達成。在現代醫學發展中，最主要的一個成就，乃在於對於以前許多被解釋為，能促成死亡（尤其是對於小孩）的傳染病，發展出預防的疫苗。

此處與社會學有關的論題是，大型基準免疫的出現，雖已有意義地減低了，那些疾病的影響範圍之結果，但是並不一定已被普遍地接受，吾人可選擇小兒麻痺症來作為它的說明例子。因為它的第一次疫苗，是發展於很久以前的一九五四年，從而有很多社會科學研究，已對不同人羣用的接受免疫和其有效性，完成了研究。流行性小兒麻痺（poliomyelitis）或幼稚期麻痺（infantile paralysis），通常都被視為是嬰兒期的疾病，雖然成人也可能罹患它。吾人對於病原體如何進入新宿主，雖然不能確切地知道；但在疾病的臨床例子上，我們知道，病原體的發生作用，是經過中樞神經，而侵襲到腦部及脊髓的部分。結果，在很短時間內，某些肌肉麻痺，較嚴重的例子，則受害者

不能吞嚥和繼續呼吸。雖然沒有小兒麻痺的嚴重例子，得到完全康復的例子；但是許多功能，是可透過復健、生理治療、鐵肺的使用和足夠的床鋪休息 (bed rest) 等方法，來加以恢復。

疾病的潛在嚴重性，小兒麻痺流行 (polio epidemics) 的廣泛恐懼，以及它對於小孩 (他們是任何人類團體的高價值資產) 的侵襲，和沙克 (salk) 及沙賓 (sabin) 疫苗的相當有效性，都暗示出，當此種預防計劃向大眾提出時，人們應該廣泛地參與的假設，但此假設卻明顯地並不是如此。例如葛拉塞斯 (glaser) 的研究，即指出四十

歲以下年齡的大部份目標羣 (target group)，都沒有受到沙克疫苗的保護。而這些人沒有參與的理由則為：(1) 社會因素，如所得和教育程度，也就是說地位愈高，其參與愈有可能。(2) 疾病反應的性質，即未參與者可能和參與者一樣，視此為疾病。(3) 缺乏小兒麻痺可透過接種而預防的知識。其他的調查，則指出，母親假如有不喜歡此疫苗的朋友時，也會有不參與的傾向。而上述因素，在此疾病影響很小的地區，是特別的真實。小兒麻痺症，在都市低階層家庭的影響，則為沙克疫苗接受較好的地區，比沒有準備接受的地區來得少。溫克斯坦 (Winkelman) 和葛拉漢 (Graham) 兩人則發現，沒有參加小兒麻痺疫苗試種的較高範圍為：(1) 老年團體，(2) 居住於城市中心的人，(3) 低社經地位的團體，(4) 公立與私立學校比較而言，教會附屬學校，沒有參與者較多，(5) 居住在受影響較小地區的人。這些和其他的研究都指出，因為幾個社會學

相關的因素——朋友的影響、缺乏知識、反應社會階層地位的態度等，使得一個人不參與醫護人員希望在人口中控制和預防疾病的計劃。再者，同樣的難題，也出現在其他的疾病，以及其他的預防計劃上。

雖然療養和免疫，藉着減少病原的供給，與無宿主接觸的手段，而成為防衛人羣的第一線代表，然而它並不是可行防衛的唯一方法。次要預防則發展出，一連串藥物的供給，以及阻止在病原菌在機體內工作。在一些厲害的傳染病案中，最重要的，可能是盤尼西林 (penicillin)、鏈黴素 (streptomycin) 和金黴素 (chaetomycin) 等抗生素的發現。抗生素有效地阻止了數百種傳染病原體的進展，從而它們是人類團體軍機庫 (arsenal) 中，對抗疾病的有利武器，即使許多微生物，已經發展出抵抗抗生素的影響。這些發展在次要預防上，可以在人口危機時，透過帶菌者的治療，也就是說帶菌者在擴散其病原於他人前，能被藥物治好，而對主要預防有所貢獻。再者，藥物和抗生素的進一步貢獻，在於預防疾病的有害影響。換言之，有些類型的微生物，可能並不受藥物直接影響，但可因產生原始傳染的叢結 (complication) 之次級條件的減弱，而得到預防，從而可使身體疾病康復較快。在那些療養所，免疫學和藥劑學 (pharmacological) 等發展的背後，則是醫藥知識的不斷擴展，它們為目前已達成的大多數壯觀的醫藥成就，提供了基礎。

三、慢性病

在建立慢性病的防衛上，人羣面臨的是，和傳染病大不相同，並且更困難的問題。許多慢性病的病因，像結核病、梅毒等是已知的，然而有許多其他疾病，例如心臟病 (heart disease)、癌症 (cancer) 和關節炎 (arthritis) 等的病因，則仍然不完備。許多慢性病，牽涉到體素的退化，和主要器官的功能失效，也就是說，它們最重要的是老年疾病；其他的如風濕症熱 (rheumatic fever)，則主要發現於年輕團體。其次吾人很清楚的知道，在已發展國家，大多數是傳染病死亡率較低，而慢性病死亡率較高；相反的趨勢，則出現於開發中的國家。

在討論慢性病時，人羣遭遇的問題，有二方面的來源。第一，從醫學知識而言，它在抵抗嚴重疾病時，是非常的好；但在有關慢性病的病因和處置上；則顯得不充足，雖然這些問題的研究，仍然是在繼續過程中，但是完全的答案 (complete answers)，尚未完全形成 (formulated)。此不完全知識的真實的解釋，可能要追溯到，大多數慢性病是由於多病因的結果，而不是如許多傳染病例，是由單病原所致。我們將看到，那些病因，可能是包括着下列任何來自年齡變換時，體素的磨損而引起的激烈疾病之副影響，及非健康生活，如抽煙、過度飲酒等所引起的外傷等事件的結合。

第二，應用於傳染病的策略，並不會使用於大多數的慢性病；其事實乃是，大多數慢性病，是不

會傳染的；因而中斷傳染鏈的策略，也就不適切了。再者，慢性病的疾病史，是很不同的，它通常不是以己身為限；經常在個人感到生病時，體素和機體功能的惡化，已進行得相當驚人。其次，受到慢性病侵襲者，很少能完全康復，雖然目前的症狀常能被緩和下來；然而一旦傷害完成後，則後續的侵襲，可能更加嚴重，以致於造成進一步的無能，甚或死亡。因此雖然它看起來，是多餘的，然而這些疾病的長期性，卻使人羣在遭遇此問題時，以及建立防衛測度上，產生了一重要的枝節（ramifications）。此處，吾人並不是說，那些因素對其他類型的疾病，是不重要的；而是嚴重疾病的社會心理結果，通常是為期甚短。生理失能，常造成失能個人及其家庭，需要對於長期環境的新適應。

從此點而言，可能是介紹生理失能（physical disability）和生理殘障（physical handicap）之區別的最好時機。生理失能是一種客觀狀態或條件，因而使得個人喪失了某些器官或附屬物的功能，如盲者之不能視物，受切斷手術者，如無幫助即不良於行等。另一方面，生理殘障指的是，一種主觀狀態和介於個人和滿意的適應之間的故障之累積結果。例如盲者有着不能視的無能，但是他的看不見，並不形成讀的障礙，假如他學習了點字術（Braille）。相似的，失去雙腿的病人，僅有在病人拒絕彌補術（prostheses）、拐杖（crutches）或其他幫助其扮演此功能的設計時，才成為行走困難者。此微妙但重要的區別，是分析生理失能的社會心理基礎。治療的工作，在於克服失能的殘障面

，故它不僅要考慮到生理醫學的技巧，而且也要考慮到，動機、自我概念、對疾病的文化反應和其他的社會和心理變項。

生理失能所牽涉到的社會心理適應問題中，有兩個問題，看起來似乎是最重要的：（1）失能的社會貶值（social devaluation），（2）心理的不安全。很多作者曾經觀察到，失能人的社會地位（特別是，假如失能是可見的），很像是少數團體（minority group）的地位；它是明顯地與多數團體（majority）不同，而此不同，常使得他們處於低劣的地位。但其與真正少數團體的不同處，則在於他沒有可以認同或得到支持的相似團體（similar）。此種介於失能和多數人之間的可見差異，導致了社會距離（social distance）和字型觀念（stereotyping），也使得失能者失利，特別是在職業上。再者，研究也發現，少數團體傾向於接受多數團體的含義判斷（implicit judgement）：就失能者而言，因為他們原本為多數者，持有多數者的觀點，使得貶值加深。至少有一篇著作，曾就此而暗示地說，此種情境使得所有失能者產生失調，而導致了補償或退縮作用。然而巴克（Barker）的研究，則認為此種說法，是過於簡單的概推。他曾經報告出，失能的人雖常表現失調行為，但是失調行為，並不是失能人所特有；同時特殊類型的失能者，也不一定就有特別的失調行為。社會貶值（造成了失調行為）的原因是很多的，但特別是來源於對於既存社會規範的態度。有些可能是，反應最近的價值，例如體態美和成就的壓力

；其他的，則可謂是由長久以來的宗教信仰，如因罪惡，或失寵於神而被處罰的失能（但是同時亦有一種信仰，即失能之所以得到道德的價值，仍因其失能）。上述的衝突信仰，對於失能產生了曖昧的行為（ambivalent behavior），像在過分保護、徹底拒絕或不一致的行為等兩極端中兩者都取的狀況。此貶值也透過兒童養育而延遞下去，特別是在家庭中，不論其如何地隱藏，它的教育、歧視和壓抑，都會屈從於既定樣式和行為標準。

生理失能——不安全、焦慮和失調，會受到影響的第二個主要層面，即為社會地位的貶值，遭遇偏見和歧視，對於疾病反應的經驗特性等。接受社會角色的貶值，評估自己為低劣者，是一個失能者，與其他入接觸時，能被發現的態度。而且，從正常互動中，部份地或完全地孤立，意味着，重要經驗的持續，喪失到了極點；終於使殘障者和非殘障者，在知覺和行為上，產生了有意義的區別。另一個對於失能的反應，是對於生理自我（physical self）的評估。許多的個案，特別是失能為高度可見時，如臉變形（假如他從其他人中，得到有此反應時），一個人可能會產生羞恥、恐懼，甚至厭惡的感覺。相似的，缺少或少腿者，常會導致有「非全人」（not being a whole person）的感覺。前者牽涉到負自我影像（negative self-image）的發展——從他人反應中產生自己的負評價。缺腿少手者則與不完全身體影像相結合，而有貶值和無用的感覺。當所有這些因素出現時，促使失能者發生焦慮和不安感，進而使得失能者，變成與殘

障礙相似的情境。

長期性的第一個主要含意爲，慢性病是需要一段時期的處置。有些例子，如糖尿病患者（diabetes mellitus）需要終生的治療，雖然此疾病的影響，是可以控制的。有些慢性病的治療，是一種長時間的過程，它可能是很昂貴的；因爲他必須經常訪問醫師、購藥，或者可能有一段時間要住院。當慢性病是典型的老人病時，則長時間醫療照顧的昂貴問題，成爲致命之傷。因而老年羣體對於慢性病的易感性，至少有一個人需要爲其治療而花費的問題。

第二個含意是，家庭也牽連在內。雖然這並不是慢性病和持續失能所獨有，但家庭的牽連到那些個案中，皆趨向於較長期和較頻繁。吾人曾經指出，許多慢性病情況，在某程度，可能很穩定，雖然他也有某程度的無能；但是他是不必經常住院的。假如病人是家庭支持者，則需要長期恢復期的收入維持問題，就顯得很明顯。假如病人是母親，而她是家庭經濟的依賴者時，則家庭角色可能會產生混亂。然而較可能的病人是，家中上年紀的父母之一。有些當代家庭的分析，如派思深（Parsons）和福克斯（Fox）主張在典型核心家庭中，老年病人的出現，可能會在家庭角色上，產生不能容忍的緊張。此種緊張乃因其餘的家庭角色，是以成年父母爲基礎而組成，以及他們的子女，僅是家庭成員的一份子的事實而形成。例如假如一個家庭中沒有容納病而老的祖父母時，則他們依賴別人，至少在理論上而言，將會妨礙家庭成員的正常角色之扮演。

然而最近的證據指出，核心家庭組織的專注和成人年老父母的排斥，可能是不正確的。施耐斯（Shanas）女士發現，老年人如與其子女，或他人同居，但不爲戶長時，在一四〇五個六十五歲或以上的人口樣本中，只有百分之十七、四依從上述（依賴別人）的解釋。更重要的是，在其樣本中百分之九〇的老年人，雖然都會面臨到，吾人假定外科手術後，恢復期的需要醫療照顧的危機；但是相反的，他們在那時期裏，卻都盡到了照顧女兒、孩子或其他親屬的責任。

很清楚地，無論如何，任何慢性病幾乎都是，處於具有很少療癒希望的長期工作之中；雖然有很多個案，很幸運地有一段疾病穩定期；然而疾病受害者，也似乎都要改變其以往的習慣。例如，心臟病復原者，至少在某一時間內，不能作激烈的活動；患糖尿病者，必須很注意其食譜和藥物治療，並經常注意休息；高血壓患者，除吃藥外，要避免產生緊張的情境等等。更重要的是，在美國疾病結果的行爲改變，似乎是朝向於增加依賴別人，亦即文化貶值的情境，此處家庭再次地被牽連到。許多觀察者感覺到，慢性病的處置（其他病也一樣），僅處置病人本身是不足的，它也需要受害者家庭的情緒支持。如派思深和福克斯兩人所暗示的，假如現代美國家庭，仍是如此的組織方式（核心家庭），則它將難以供給感情的支持，因爲此社會的老人數目，是與慢性病的增加率，相伴地增加。

上述慢性病的特性——多原因、非傳染性（除少數例外）、長期性和無法免疫等，已使吾人發

展出非常不同的防衛策略。即便在此有關特別慢性病的病因之醫學知識，仍然沒有完全發展之際，吾人仍然是着重於預防方法，雖然如此，但主要干預的潛力，是比對傳染病干預的效力爲差。慢性病的次級預防策略，則和傳染病的預防策略相似。除開長期健康檢查和電波檢查（screening tests）外，也注重供給社區有訓練的醫護人員和教育大眾。例如在抽煙和發生癌症間的統計相關之宣傳說明，已促成成人抽煙者減少的效果，也引起了學校鼓勵孩童不要抽煙的運動。公衆也已被教會，敏感於危險信號，或是癌症、心臟病、結核病或其他疾病的早期徵候。

從而發展最好的最有效方法，是早期疾病發生徵候的發現。此方法的假設是，愈早發現疾病的發生，並加以處置，可能有較高恢復的可能，則對身體的永久危險，將可能愈小。爲了大眾（包括健康者和病人）的大眾健診計劃，已經發展出來。多種的電波和長期身體檢查，提供了簡單和快速的補助檢驗，如檢驗肺結核和癌症的X光；檢驗糖尿病、梅毒和貧血（anemia）的尿/血液檢驗、檢驗某些癌症位置，特別是子宮癌的細胞學的檢驗等。當然，慢性病另外一方面的預防，在於傳染病的預防和控制，因其副影響經常形成爲慢性性病。

防衛策略的復健，或第三級預防，已經成爲一個重要的層面，特別是對於慢性病，尤爲重要，雖然並不是它們才受到限制。事實上，復健概念，是一個很大而且無從捉摸的概念，因爲它常被做廣泛的解釋之用。例如它可能指的是，從感化收容，到

都市更新任何事情。即使此概念限定於醫療使用上，它至少也有三個意義。第一它指的是，有關人類信仰他必須幫助其同類的人道主義之文化價值反應的道德正當的 (morally right) 意識形態 (Ideology)。例如一個醫生，不僅是道德地得當，而且使用其特別知識，以幫助他人，也是其道德的義務。第二，自一九四三年 Barden-La Follette 法案以來，復健變成一種方法。它的意義，不僅是生理或心理能力，而且也是社會、職業或經濟潛能的全部恢復或復健。在一九四三年以前，復健過程，大部份可說是失能的調適，和減少因疾病而產生的活動影響。換言之，它的工作只是環繞於失能。Barden-La Follette 法案，第一個步驟是，資助為減少損害至最低的設備，然後提供了適應新情境的方法。當然，它與復健意義的改變，和綜合 (comprehensive) 醫療的出現之並行而進，是很有趣的。最後復健也是一個目的，就如魯斯克 (Rusk) 所說的，它是醫療的第二個部份。在診斷和處置後，下一個步驟，將是使個人的功能，恢復到以前的水準，或盡可能地接近以前的水準。此目標部份是，來自於意識形態，而且也是來源於，工業經濟中不能供給其人口中衆多非生產角色的少數之認知。

當人類羣體，把復健概念做為疾病及其後果的防衛之第二道防線應用時，它包括的就是上述三種意義。然而其重點，在某些範圍內可能是把復健概念視為是反應其醫學知識水準的一種方法，或是在把它視為是使復原團體，能繼續在其所屬的團體中

，並能對此團體產生維持和發展貢獻的一種目標。

慢性病的特性中，有一個很有意義的後果是，它是隨著疾病處置的改變而改變的。慢性病和許多厲害的傳染病，只需要一個醫生或一兩個專家的治療就可以是不一樣的。它需要不同水準的醫療照顧，例如除醫生外，尚須其他健康人員的加入。此情境就可以做為一個刺激 (雖然不是唯一的刺激)，而發展出綜合醫療 (comprehensive medicine) 的概念。依照某一個報告，綜合醫療是，「病人的醫療照顧，如今可藉着動態心理知識、社會學知識和有效的生物學技巧，來改善的一個概念。就綜合醫療的需要而論，目前雖尚未有一致性的同意，但有兩個重點，通常是被接受的。第一，它牽涉到團隊取向 (team approach)，團隊成員，只在其領域內負責其治療行為。此種取向包含着所有團隊成員，不論其專業地位為何，皆有依照其專業能力，自由地和有效地貢獻和發展健全的綜合治療計劃。事實上在運作時，此種目標卻常常因團體成員間的地位差別、專業嫉妬等，所引起的不良溝通，而難以達成。通常此一團隊，包括有醫生 (常被視為隊長)、護士、社會個案工作者或其他被需求的健康人員，如物理治療學家等，最後病人的家屬可能也是此團隊的一份子。無論如何，此團隊提供了在任何一環境——醫院、診所和家庭，都具有醫療和社會心理治療的潛能。它的好處在於，假如慢性病被穩住後，病人就不需要到醫院接受其所提供的深度治療，而可在在家內接受良好的監督治療，從而大大地減低了費用。

綜合醫療的第二個形象在於，把視病人為一個病例 (a case of disease) 的觀念，轉變為是一個生病的人 (a person who is sick) 的觀念。此種觀念的轉變，明顯地有助於，可能的社會心理原因，以及可見的生理徵兆之含義的探索。它也允許團隊在組織醫療照顧所提供的社會情境中，能够把病人和家屬的需要和希望，加以考慮。從疾病定向處置 (disease-oriented treatment) 轉變為病人定向處置 (patient-oriented treatment) 的更微妙結果是，提供了病人自我概念的支持。其他的研究也指出，傳統疾病定向，透過「個別照顧」(fractionated care) 後，趨向於傷害病人的自我影像，並且也缺乏考慮病人的感覺等等。甚至病人自我概念，對於疾病調適和恢復的重要性，也已被人所發現。

有些慢性病的特性和其處置方法，是可以透過一個病例，來加以清晰的瞭解。下面吾人將以癌症為例，因為它代表着慢性病的許多特性。到目前為止，致癌的特殊原因和一般原因，雖仍未知，但是有些有機和無機的化學品，如苯 (benzene)、煤焦油 (coal tar)、某些石油產品、石棉 (asbestos)、鎳 (nickel) 和有些自然媒介物，如從X光和太陽光而來的輻射線和有些病原體，都是致癌的病原學因素。再者，某些其他媒介物，則為可疑的原因，或在實驗動物上，雖是可解釋的原因，但並不適合於人類。這些東西，包括哥羅仿 (chloroform)、GdCl₃、鈷 (cobalt)、香煙和原子能廢料。目前尚未知道的是，如何和在那種

條件下，那些媒介物會促使癌症發生，因為很清楚，它們是很少自動地和快速地產生疾病。

除這些自然環境因素以外，有些社會學的相關因素，也被公認為，是與癌症的發生有關。例如某些位置的癌症（肺癌、胃癌和食道癌），在低社會階層中，發生率較高；而乳癌則在高社會階層中，發生率較高；民族的不同，在不同癌症的發展上，也是不同。雖然這些發現，對於致病的原因之決定，並沒有直接的助益，但它們卻指示出，某些團體是目標團體，因而可以以不同的主要和次要預防策略，來處理此種關聯。從而有使年輕人戒煙的計劃，以及保護工人不受某些化學製品或輻射線的傷害計劃等。

次要預防則注意於人羣的教育，以及對於已發現的癌症或前癌體素的早期治療。癌症的有效控制，大部份決定於透過電波和生理檢查的早期發現，以致於處置的判斷，可能更有效。就目前而言，假如癌症不太擴大時，則其治療大部份依賴於切除體素的外科手術；或在外科手術不易達到生病的體素時，則允許可接近生病體素的放射線治療。

癌症的特性，如治療常常失敗、疾病和障礙的長久性、痛苦的出現和最後的死亡，都有重要的社會學和心理學枝節（ramifications）。吾人應該記住的是，早期發現癌症而加以治療，才有治療的高度可能性；但是很多調查卻指出，人們對於有疑的徵候，都延遲去找尋忠告和治療。早期的研究，注意到延遲的功利因素（utilitarian factors），為，徵候並不太嚴重、忽視、忽略或花費太貴等。

然而最近哥德森（Goldsen）和其助手的研究卻指出，有些其他因素（特別是對於檢驗屈服的一般性恐懼和個人的謹慎）也延遲了幫助的尋求，而它們是與癌症的診斷有密切的相關。此研究的優越發現是，癌症徵兆之迅速求醫者，在某範圍而言，也是任何疾病徵兆的迅速求醫者。換言之，任何種類疾病徵候的反應特性，也可運用到癌症徵兆的反應。

對於癌症反應和其他徵候反應的無差異之發現，曾受到庫克勒（Kutner）和哥登（Gordon）的挑戰。他們從大都會地區住民抽樣而出的八〇八個個案史之研究中發現，癌症的迅速和延遲模式，決定於社會的、人口的和心理的因素；它們是與其他徵候的反應所牽涉的本質不同。從訪問收集而得的資料之分析中發現，在癌症徵候求醫上，沒有性別的區別。雖然在低階層中，任何疾病徵候求醫的延遲較高，但癌症的求醫則延遲的更長。相似地，教育總量（amount of education）與一般疾病徵候求醫延遲，是成為負相關，而教育總量和癌症徵候求醫的延遲，則其成為負相關的長度更大。它也發現，具有癌症徵兆的特別知識者，是與癌症求醫有正的相關。而黎維尼（Levine）的研究，提供了這些變項的更進一步的解釋。他發現在全國性近三千個樣本中，以為癌症為疾病中最可怕者最多。而在上述的前期研究中，並不把恐懼癌症做為延遲癌症求醫的主要因素。然而黎維尼的分析亦指出，對於癌症的恐懼（焦慮或不安），是與教育總量呈負相關；但是如不論其教育成就（

educational attainment），則一個人如對癌症的傷害愈熟悉，則會愈形不安。同時，反應者如自己感覺其對於癌症知道一些時，則其恐懼比承認為無知者，來得恐懼。雖然這些發現，看起來似乎不一致，它似乎是，教育成就和對於癌症的知識，是與對於癌症的恐懼毫不相關。此點的意思是，尋求癌症的忠告和處理之延遲，在低社會階層中比較高，它可能是焦慮或恐懼的功能，多於受忽略，考慮多花費或其他因素所致。此種證據，像其他對於癌症（和一般慢性病）的問題之答案一樣，是有待更進一步的研究，才能使人更為清晰。

四、精神病

在吾人的分類架構中的第三種疾病類型是精神病。然而因為此論題的範圍，離開充分地探究（exploration）還很遠，故此處的討論，將界限於一些其疾病的一般特性和防衛方法。然而此問題的規模（magnitude）可以以下列的事實，來加以認識。在一九六〇年，有六十萬住於醫院的精神病者，它是每十萬人口中，有三四三·二人的比率。當然此形象，並不包括允許外住和私人治療的病人，或那些未被權威者注意到的人。然而此形象也不代表着一九四五年高比率的百分之四〇·七·三以來的持續下降趨勢，雖然如此，但是精神病卻一直是，國家經濟中最花錢的疾病負擔。

在很多方面，我們對於大多數精神病的病因之認識程度，比對於傳染病和慢性退化病的認識程度，來得更少。首先精神病可分為機能（organic）

或功能 (functional) 的基準兩類。機能障礙指的是，那些可歸因於某些可認明的生理失能，例如梅毒性麻痺 (syphilitic paresis)、玉蜀黍疹癩呆 (pellagrous dementia)、腦部細菌感染和老化 (senility) 等者。另一方面，其他的精神病案例，幾乎不能發現任何機能原因者，稱之為功能障礙。然而，吾人也必須知道，機能理論在解釋有些功能障礙種類上，仍然佔有很重要的地位。許多精神病醫師相信，仍然有某些未發現的化學或組織上的原因，可能對於功能障礙，要負責任，特別是精神病。

有些功能障礙的一個特性是，疾病有明顯的生理病症。此心身病 (psychosomatic) 名詞來源於希臘文 (psyche) 和身 (soma)，它反應出古代對於心、身兩元的想法。此外它也反應出，對於老化和精神生理過程兩者，可能或常常相互依賴的認知。亞里斯多德 (Aristotle) 在 *De Anima* 中曾說：「可能生命所有的苦惱，是與身體的生氣、恐懼、憐憫、勇氣和喜悅，亦即愛和恨等相關，只要上述現象出現，則生命必受影響。」疾病中生理因素的重要性，長久以來已被知覺，並從希伯克拉特斯 (Hippocrates) 時開始，到十九世紀後半葉，也一直做為開藥治療的依據。在那時由於特殊疾病的原因，和治療之急速地發現，使得所有疾病的治療定向，從尋求心理學的原因，轉變為尋求機能病原 (organic etiologic agents)。此種趨勢經過弗洛伊德的努力 (Freud)，才稍有改變，而其他人也開始檢驗一些病，但

在病人身上，卻不能發現機能病原。

由下列柏林格 (Berlinger) 和格林喜爾 (Greenhill) 兩人所研究的病案之敘述，可做為心身症的基本症狀的說明。此病人是一位三十九歲的白種婦人，已婚，且有四個青少年孩童。她的症狀學 (symptomatology) 指示出，有早期潰瘍大腸炎 (ulcerative colitis) 的診斷特徵，但在進一步的實驗室檢驗和其他診斷行動上，卻沒有發現任何機能原因。是故她被轉送到精神病學家處，而他則從病人中誘出了下列的消息。在廿五歲時，此病人曾經顯露出心理病 (neurosis)、腹部絞痛發癢 (abdominal cramps)、婦產科疾病 (gynecological complaints)、痢疾 (diarrhea)、氣喘 (asthma)、嘔吐 (nausea) 和反胃 (vomiting)、便血 (bloody stools) 和他的生理問題。而在病人生活經驗的所有情況中，上述徵候的一個或多個，遂與人際關係中的衝突和上傷事件 (traumatic events) 相互結合。那些事件包括，與社會地位低劣的丈夫結婚、後來女兒與她所認為是社會低劣的人訂婚、父親的自殺、母親和兄弟的死亡、病人丈夫和孩子的汽車失事，以及丈夫的另築香巢等的衝突。此外他也發現到，在病人轉送到心理分析醫師之前的兩年，她已經受過不下於幾位不同醫師的診治，並接受了處置；但大多數醫生，卻不曾知覺到其他同僚已處置過此病人，同時每位醫師都認為病人很合作，但卻抗拒治療。

上述病案的簡要敘述，多少可代表沒有可以認

明的機能原因的生理徵候出現之典型例子。然而另一個有趣之處是，很多醫生所做的治療方法，明顯地是為機能徵候而設計，因而證明是無效的。雖然沒有明顯的證據指出，她的醫生不知道或至少不願意處置，其病人的心理病徵，但由此可推論出下列事實：(1) 她經常換醫生，表示出她滿意於症狀的治療。(2) 她的長期疾病史，一直到轉診於心理治療之前，都沒有被發現。此情形暗示出，早先的醫生，不是沒有興趣，就是獲取醫療史的技巧 (medical-history-taking technique) 不佳。(3) 早期的治療醫生，指病人很合作，但反抗治療，這表示出醫生厭惡去繼續為她作再繼續的治療。

反之，精神病的一個最重要的社會特性是，很明顯的它是一種社會行為 (social behavior)。換言之，不論精神病的特別病原，被凡人 (layman) 的直覺，以及被醫生所肯定的診斷是什麼，通常它都不會被接受的，一直要到個人的行為，偏離團體標準範圍之某點時，才會被接受。當然，這種偏差行為 (deviant behavior)，可能有許多的形式，而其容忍程度的範圍，也因團體之不同而不同。例如一個人的行為，可能被某一團體，界定為同性戀，但是是可接受的，但同樣的行為，都可能被另一個團體，界定為是不可接受的，從而也必須給與某些專業的注意。而這些定義的差異來源，通常是決定於此行為的表現狀況 (behavior exhibited)。例如暴行、不可預期的行為，是比無抵抗的、失常的行為，來得使人難以忍受。另外，影響這些界定差異的因素，可能有親屬、社會階

級、住於都市或鄉村地區、以及對於精神病之醫學專業和信仰的態度等。

像其他慢性病一樣，精神病也是一種長期的情況，它對病人的家庭影響很大。最明顯的是，如果一家的父母已無能或入院，可以改變一個家庭的結構和運作。然而精神病，另外因尚帶有污名（stigma）的特性。污名的影響，不僅使病人苦惱，同時也使其他的家庭成員受到折磨；此兩影響的結合，使得家庭成員在社會適應上發生了困難。

然而，其他的證據則指出，家庭可能是有效的心理治療力量，至少在某些確定情況中是如此。例如有一個研究指出，一個病人如與其妻和子住在家中，比脫離父母而單獨住院時，在工作和適應上，有較好的表現。另一方面，那些有不良適應和再入院的病人，大致上其痛苦是來源於配偶家庭（Conjugal home）者多於父母家庭（parental home）者。此種發現建議了，假如父母能扮演較滿意的程度，假如其他成員能對病人及其精神病，稍持自由的態度；那麼家庭對於病人的康復，將是一個有效的治療環境。然而假如病人在家中，如不能適應其修改過的從前角色的期望時，則個人再入院的壓力是很高的；那時病人的依賴，將使家庭更不能運作，例如配偶家庭就是這樣。

醫生無法很清楚地用機體原因，把行為與精神病症徵候關連在一起，並非意指着，對於那障礙沒有因果原因的假定。相反的，有些理論，如心理社會衝突、壓力和社會隔離、以及不充分的社會化等，是可以做為功能障礙的解釋。

有關功能精神病的發展之最通俗的概念，是由弗洛伊德及其弟子所發展出來的。此取向的中心論

題為，在人類中有某些既定的驅力，而他也企圖要加以滿足。然而因為那些行為，是與其所屬的團體之文化標準相衝突；因而其滿足，通常必須加以延遲，或是否定；從而個人遂發展出一系列的防衛機轉，以求應付這些衝突。是故，此種未發洩的驅力，遂被壓抑到潛意識中，或者以不同的方式，昇華為社會可接受的形式等等。當生物驅力衝動和文化化的控制機轉之間的精緻平衡，被妨礙時，精神病便形成為偏差行為的形式。從而當個人行為，被其周圍的人所不能容忍時，精神病治療機械就出現。

不同於上述取向的認定病原問題之理論取向，已經從精神病的流行的（epidemiologic）和生態的（ecological）研究中形成。在此領域中，許多的研究，已被佛里斯（Paris）和鄧漢（Dunham）兩人的基礎研究之努力而刺激起來。最近的研究發現，在人們對其環境的認知和反應，是與其對於疾病種類和數量的經驗之間，有重要的相關存在。從而它導致了，如社會隔離和壓抑等有關病原的特殊假設之測定。社會隔離被視為，是一種互動變數，它剝奪了一個人與其他人的正常互動；從而因為社會刺激的缺乏，可能發展出狂想和幻覺。然而研究證據累積到此程度時，已指示出，社會隔離本身並不是疾病的原因；而是個人人際困難已很大，以致於使其人在人際關係中已無能運作所產生的信號。另一方面，它也是強制的互動，能導致精神病的證據。例如有一個研究就指出，在職業成就與期望之間的矛盾，表現在心理病理（psychopathology）現象上，比表現在他們的正常控制上，大得很多。

最後吾人必須注意到，流行病的研究已指出，社會化策略對於不同的社會階層中，精神病的種類和影響範圍的變異之解釋，是很有意義的。此類研究指出，精神病的影響範圍（特別是精神分裂症）（schizophrenia），在低階層中，通常是高的；雖然特別的社會化策略如何引起精神病，仍然未曾被準確地界定。同時，那些研究進一步地指出，精神障礙治療的有效性和品質，是高階層比低階層為高。

藉着那些片斷的經驗知識和許多的變數的考慮，吾人可以預期，在精神病的預防、控制和治療上，它仍然不是處於很高明的階段。例如帕斯墨尼克（Pasarnick），即曾懷疑其能力，而說：「……不論如何，此時想要預防所謂的功能精神病、精神分裂症和躁鬱病（manic depressive psychosis）的任何作為，是必要的；因而從早期養育策略，到後期情緒壓抑的每一個原因概念類型，已經被推展成為病原的概念；同時為了預防障礙，而必須改變的建議業已做成。然而那些概念，卻沒有任何一個曾被定義所約束；同時資料的最確實部份……，也指示出，此時的環境操縱，對於預防並沒有任何貢獻。」

從很多方面而言，雖然預防方法，已能有其效果；同時，企圖控制和減少疾病的嚴重性，已顯示出有可觀的成功希望。不同的治療方法，如心理療法、電擊療法（electroshock therapy）、水療法（hydrotherapy）和藥物療法等等，已被應用去縮短疾病的病期和減少其嚴重性。再者，它已建議了緊急精神病治療服務，也應該擴大而提供服務於

門診病人。

五、結語

很明顯的，分類疾病的方法有很多，而我們所選擇的分類法在於，它能允許吾人做他們的社會學地有關特質和人羣使用的防衛方法之討論者。除少數變異外，它已表示出防衛方法的類型，是與每一個被選類別疾病的累積知識之數量有關。或者它必須注意的是，甚至是厲害的傳染病，雖然在科學的解釋知識上，業已大大地增加，然而每年依然有人為它而傷亡。此情況，部份地反應出，不同區域的國家，在發展上是處於不同的階段；同時它也反應出，在預防方法中社會行動和計劃的失敗。就此點而言，我們發現，對於疾病反應的社會心理因素，在解釋人們為什麼不採取那些有預防疾病在人羣興起的有利預防計劃時，是很重要的。

相似地，我們也注意到，吾人如確知吾人缺乏對抗疾病的預防知識時，則治療時，吾人將趨向於社會的本質，但仍期望能有生物學的突破。也就是說，當疾病的病因和治療是已知時，則疾病便可直接加以治療（通常是很快的），而較不需要尋求社會心理層面的考慮；然而如果那些知識缺乏時，或延長治療為必需時，則治療勢必更加牽連到他人（除開病人外），例如他的家庭。

本文譯自Rodney M. Coe所著的Sociology of Medicine書中的第二章Characteristics of Disease, 1970, McGraw-Hill Book Company, p.p. 61-87.

臺省第一屆社區運動會 促進團結加速社區發展

李主席在致詞時呼籲全省各社區男女老少，一齊響應參加社區活動，藉此力量的大結合，更促進社區建設的進步。

李主席說，社區活動的範圍包括很廣，有體育、社教、藝術及其他娛樂性的活動，全省在六十九年時有一百多個社區舉辦此類活動，七十年時已增加到九百多個社區，今年已有一千多個社區參加，預定在五

年後增加到四千多個社區。
李登輝主席強調，社區民眾參加社區活動，目的在增加社區的團結和諧，藉此來匯集社區的建設力量，尤其像社區聯合運動大會，由二十一個縣市社區民眾，無論男女老少都來參加，意義特別重大，希望全體同胞一齊響應參加，以加速社區建設更大的進步。

今年首度舉辦的秋季運動競賽，因為臺灣省幅員遼闊，運動人口多，各單項運動協會為推廣運動，每年分別分散在各地舉辦運動比賽，沒有多大影響作用，不像臺北市、高雄市可以集中一個運動季，舉辦多種活動。

李登輝主席指出，在同一期間，結合若干運動項目，聯合開幕，規模盛大，必將引起共鳴，擴大運動的效果，今年四月間，曾在臺中舉辦春季體育活動聯合競賽，參加運動選手達四千多人，盛況空前，贏得社會各界讚譽，此次秋季聯合競賽，運動項目包括軟網、跆拳道、巧固球、棒球、足球、保齡球、羽球、劍道、自由車等九項，選手亦達三千多人，這樣，全省可以分成若干運動季，掀起高潮，有助於全民體育的發展。

李主席在典禮中勉勵全體選手發揮全民運動精神，並頒發給「全民運動歌」入選的三位作曲者，包括第一名華視汪石泉獎金三萬元，第二名臺中師專張炫文，獎金一萬元，藝工總隊李文堂，獎金五千元。

社區全民運動會經過一天的激烈競賽，四日下午五時頒獎後圓滿閉幕，臺北縣榮獲總錦標冠軍。

各項錦標縣市名次順序如下：

- ①拔河：①屏東縣、②臺中市、③臺北縣、④彰化縣、⑤花蓮縣、⑥基隆市。
- ②大隊異程接力賽：①臺南市、②花蓮縣、③臺中市、④雲林縣、⑤新竹市、⑥新竹縣。
- ③土風舞：①臺北縣、②臺中市、③新竹市、④宜蘭縣、⑤新竹縣、⑥嘉義市。
- ④太極拳：①臺中縣、②臺南縣、③嘉義市、④南投縣、⑤雲林縣、⑥澎湖縣。
- ⑤任重道遠：①臺北縣、②宜蘭縣、③新竹縣與花蓮縣、④臺南市、⑤屏東縣、⑥新竹市。
- ⑥互助合作：①臺南市、②花蓮縣、③高雄縣、④新竹縣、⑤宜蘭縣、⑥臺北縣。
- ⑦總錦標：冠軍臺北縣、亞軍花蓮縣、季軍臺南市、殿軍臺中市。
- ⑧精神錦標：冠軍新竹縣、亞軍臺北縣、殿軍臺中市。

臺灣省第一屆社區全民運動會暨秋季聯合運動會於九月四日上午在臺中市省立體育場舉行，由臺灣省主席李登輝主持開幕典禮，計有來自廿一個縣市三千二百多位選手參加。