
健康、疾病與風險：社會建構論的研究取徑*

曾凡慈**

摘要

本文梳理社會建構取向對於健康、疾病與風險的研究成果，並將其區分為三種分析路徑來進行評述：首先是醫療化（medicalization）做為最主要的典範，討論人們健常的身心狀態或是道德偏差行為如何被建構為一個醫療問題，並說明這個典範內部的轉變；其次是從權力—知識的概念切入，檢視正常性如何建構，以及健康與疾病的風險如何做為醫學監管與治理的對象；第三部分則聚焦討論媒體在醫療化與健康風險的社會建構過程中所扮演的角色，可概分為媒體作為醫療資訊不完美的流通者，或是媒體報導本身就是知識生產的實踐；最後本文也將針對健康、風險與媒體這個研究領域的未來方向提出具體建議。

關鍵詞：健康、疾病、風險、社會建構、媒體

* 本文壹、貳節有部分內容改寫自作者博士論文（曾凡慈，2010）第一章。

** 曾凡慈為中央研究院社會學研究所助研究員。聯絡方式：fstseng@gate.sinica.edu.tw

置身於當代社會，隨著各種醫療與公共衛生的進展，以及整體生活品質的提升，不斷重新改變我們對於健康與疾病的認識與經驗。其中一個多少矛盾的現象是：客觀上，各種健康指標（例如平均餘命、各種傳染病的罹病率、死亡率、重大疾病的存活率等等）顯示，至少在開發中或已開發國家，人類的整體健康程度持續得到改善；但另一方面，新疾病的發現，以及各種可能導致疾病的風險因子不斷被提出，也讓我們在主觀上感受到更多的健康威脅。這樣的現象本身具有雙重的意義：一方面，它無疑揭示出醫療進步的軌跡，以及日益從疾病治療轉向事前預防的典範轉移；但另一方面，它同時代表新的健康論述興起，愈來愈多健康者的日常面向，包括吃喝用度、人際往來，以及家庭與工作生活的種種，都連結到健康與疾病的後果，從而大幅開放給醫療專業的審視、監管甚至介入。

過去關注醫療現象的社會學研究，已發展出許多概念來詮釋這個重要的社會變遷過程，也在醫護、社會福利，以及量化取向的社會學領域累積了相當的成果，範圍包含健康促進、疾病成因與風險因子、醫療照護與相關服務利用，或是調查健康的社會決定因素。相較於這些研究將「健康」、「疾病」乃至於「風險」都視為既定的自然事實，在質性的社會學探究中卻發展出一條相當不同的提問路線：也就是批判性地將這些範疇都視為社會建構的產物，從而去追問其中權力是如何運作的。

本文將梳理這個軸線的研究成果，並且分為四部分：首先是醫療化（medicalization）做為最主要的典範，討論人們健常的身心狀態或是道德偏差行為如何被建構為一個醫療的問題，並討論這個典範本身的轉變；其次是從權力—知識的概念切入，檢視正常性如何建構，以及健康與疾病的風險如何做為醫學監管與治理的對象；第三部分則聚焦討論媒體在醫療化與健康風險的社會建構過程中所扮演的角色，可概分為媒體作為醫療資訊不完美的流通者，或是媒體報導本身就是知識生產的實踐；最後本文也將針對健康、風險與媒體這個研究領域的未來方向提出具體建議。

壹、從「非病」到「病」到「健康」：醫療化典範及其轉變

社會學對於疾病與醫療體系的興趣，始於 Talcott Parsons (1951) 從功能論立場將醫療概念化為一種社會控制。他認為生病 (illness) 是一種潛在的社會「偏差」，意即由於生理的失調 (dysfunction) 而使個體無法符應社會期待與規範，必須依賴他人。而醫療作為相應的控制機制，有權力去區分正常與偏差，以維持社會運作的秩序。病人必須符合「生病角色」(sick role) 的規範，以暫時合法化自身的偏差，並努力回歸正常的健康狀態。醫病之間的互動基本上被預設為和諧與有共識的。

這種視疾病為偏差、而醫療可予以控制的視角，隨著美國二十世紀下半葉以來醫療管轄權 (medical jurisdiction) 的擴張，即意指醫療的權威與實作越發滲透到原本與之無關的人類生活範圍，而得到進一步的衍伸。相當多的研究關注在偏差行為的醫療化 (medicalization)，檢視各種道德上「有問題」的行為如何脫離宗教、法律的管轄，逐漸被建構為醫療問題，例如酗酒、鴉片成癮、兒童的犯罪行為等等 (見 Conrad and Schneider, 1992)。其中，「同性戀」(homosexuality) 可能是最著名的案例之一，它在十九世紀之前的基督教國家一直被認為是「罪」(sin)，直到十九世紀末二十世紀初，興起中的西方醫學為了提昇醫療專業地位，才藉由社會的性規範而宣稱同性戀為「病」(sickness)，需要透過例如電擊等治療手段來矯正 (Greenberg, 1988)。二十世紀出版的《精神疾病診斷與統計手冊》(Diagnostic and statistical manual of mental disorders)，更是在首版中就將性偏差 (sexual deviation) 納入人格疾患 (personality disorder)，並列示同性戀、扮裝癖、戀童、戀物與性虐都屬性偏差的範圍 (American psychiatric association, 1952: 38-39)。當時許多醫學期刊中亦不乏各種「治療」同性戀的個案報告。時至 1973 年，才經由同志運動的積極遊說與抗議，以及精神醫學內部的理論辯論，終於能讓同性戀從精神疾病除名。因此，同性戀不只是曾被醫療化，同時也是成功去醫療化 (de-medicalization) 的經典案例。

另一方面，不只是偏差行為，愈來愈多原本屬於自然的生命事件亦被

病理化，例如從早期理所當然的居家分娩到醫院生產，或是從女性例行的月經到目前看似普遍的「經前症候群」，部分都來自婦產科醫療專業意欲擴充業務範圍的行動（吳嘉苓，2000；Riessman, 1983）。相較於功能論的論述立場，這種傾向衝突論的視角，更加批判地檢視醫療照護體制的專業支配以及醫療權限的上綱。醫療被視為萬靈丹，一方面模糊了造成健康與疾病的社會政治條件，一方面也剝奪人們控制自身健康的自主性（Freidson, 1970；Illich, 1976）。而從常民的角度看來，面對當代社會日益複雜的技術與官僚體系，迫使人們不得不依賴醫療的專業判斷（Zola, 1972）。這個過程被 Zola 概念化為「社會的醫療化」，意謂醫療掌控了合法權力去論斷生活中什麼才是好的、重要的以及有價值的。

而醫療化究竟是如何發生的？吳嘉苓（1999）調整自 Conrad 與 Schneider（1992）討論偏差行為病理化時提出的順序模型，將醫療化過程區分為為五個階段，以下就肥胖醫療化的本土案例（鄭斐文，2012）來說明。首先，必須將特定生理過程、行為或是身心狀態定義為「異常」。戰後臺灣由於整體經濟條件，過重並非被關注的社會議題，不過從少數報導可以發現當時已經存在肥胖與疾病的連結，70 年代之後胖開始被認為有損女性美，這種論述到了 80 年代末、90 年代初更隨著美容瘦身產業興起而到達高峰；其次，存在相關的檢查或矯治異常的醫學發現。90 年代起強調肥胖與慢性病風險的關聯，也開始出現正式的減肥藥物，如臺灣 2000 年核准進口的羅氏鮮（Xenical），一上市就造成風潮；第三，相關利益團體積極建立主張（claims-making）。雖然這個步驟並不必然要由醫療專業來發動，但例如在臺灣仍是以醫師為主體的「臺灣肥胖醫學會」與含括其他醫療專業的「中華民國肥胖研究學會」，開始建立臺灣的肥胖流行病學調查，以及要求健保局給付減重門診；第四，醫療處理取得合法性。例如衛生署與醫療專業團體制定兒童與成人肥胖的疾病定義與醫療處理原則，包含 BMI 以及醫療減重的操作原則；最後，納入建制。例如建立相關醫療分類、規格化治療方式，成立醫療團體，舉舉辦肥胖專科醫師甄審考試、成立肥胖醫學門診，將減重手術納入健保等。由上面的案例也可發現，醫療化的五個階段之間未必各自獨立，也非必然是直線性的關係，而可能是個彼此

重疊、來來回回的過程。

大約從 1980 年代後半葉開始，特別是在北美，由於各種與生物醫學相關的科技及其社會形式的創新，帶動醫療化的性質轉變，進入「生物醫療化」(biomedicalization)的新紀元(Cl Clarke, Shim, Mamo, Fosket, & Fishman, 2003)。相對於傳統的「醫療化」，「生物醫療化」涵括一個更全面的分析過程。立基於生命科學、生物科技、醫療資訊學以及資訊科學等等科技變遷，醫療與健康服務執行與提供方式隨而改變，相關知識與資訊的生產與散佈變得更異質，並能夠生產客製化(customization)身體以及新的科技認同。除此之外，生物醫療化的架構也超越過去醫療化批判視醫療為一種社會控制，從而易辨認與詮釋當代醫療管轄權擴張的關鍵趨向，意即從對病痛的控制，延伸到對健康本身的管理，特別是透過風險因子的建構與醫學監管的日常實作。易言之，生物醫療化透過技術創新與生產「風險團體」來施作其權力，因此比醫療化更全面性地散佈在社會中(Rosenfeld, & Faircloth, 2006)。

在這個新的時代當中，「健康」成為生物醫學例行介入的對象，也是負責任公民的道德與社會責任，更是對全體人口的普遍文化期待(Cl Clarke et al., 2003)。一方面，生物醫學與生命科學的進步，使國家得以建構出新的治理技術(例如對新生兒的基因篩檢，見 Vailly, 2006)；另一方面，透過建構風險因子、日常生活自我規訓的技術，以及對於風險與長期病痛的一整套養生法的管理，形成新的非壓迫、去中心的知識—權力網絡，醫療專業人員與提供者的責任部分被轉移，更加召喚並依賴個別病患／使用者／消費者的合作，這種強調個人自主的健康管理，表面上看來是較不醫療化的(less medicalized)，事實上卻是更連續、緊密，以及更全面的監管技術。

與此同時，生物醫療化的架構也更強調行動者的策略與能動性。由於知識生產、傳播與消費方式的轉變，專家與常民之間難以再維持分明壁壘，甚至透過科技創新，人們不再只能消極地管理身體疾病，還可能實質地打造理想的身體，獲取新的身分認同(Cl Clarke et al., 2003)。易言之，醫療化不只發生在鉅觀的制度層次或微觀的臨床實作，而是更進一步被個人所內

化。他們並非被動順服於醫療權威，而是主動參與醫療技術，並將醫療論述與語彙挪為己用，藉以監控與管理自己的身體。例如最近研究發現患有相對高功能自閉症或過動症的成人，越來越藉由生物醫學的語言來進行自我認識，並且也會積極納入醫學的疾病解釋與治療建議，作為自我表達與自我照顧的基礎，甚至據以要求相關權利與社會認可（Comstock, 2015；Ortega & Choudhury, 2011）。這正是所謂的「醫療化主體」（medicalized subjects）或「醫療化行動能力」（medicalized agency）（Morgan, 1998）。而這種醫療化的自我管理，經常借助自我負責、自我控制與自我決定的修辭，即使對於醫療資源的取得管道仍充滿不平等，但至少就某些優勢團體而言，現實中的個人權力與決策範圍都有所增加，從而可能改寫當代的醫病關係。

Maren Klawiter（2008）的乳癌研究，很精彩地揭示出這種體制變遷如何改寫人們的生病經驗。她以美國舊金山灣區（San Francisco bay area）為田野，發現 1970-1990 年間一系列關於乳癌的知識與技術改變，包括新的疾病論述、新的早期偵測與篩檢技術，以及新的癌症管理與復健方法，使得過去治理乳癌的醫療化體制（只納入相對少數有症狀、暫時罹癌的女性），轉向新的生物醫療化體制（涵括大量且持續存在的風險人口，主體各自在乳癌風險連續體當中佔據不同的位置）。例如在其中扮演重要角色的乳房攝影技術革新，由此促成例行性大眾篩檢的興起，擴展了乳癌的醫療管轄權，將無症狀的女性都納入疾病體制當中，所有健康的、未罹癌的成年女性，都在新的體制當中被重構為風險主體（risky subjects）。與此同時，診斷與治療選項也都變得更具多樣性（相較於過去徹底、一次性的乳房切除術），包括各種較非根治性的手術、放射線療法，以及乳房重建手術等等。Klawiter（2008）特別強調在此過程中，病患參與的空間持續擴張，過去醫療化體制當中彼此孤立的乳癌患者，也有更多結構性的機會去發展互動關係與同儕團體。這些對於疾病的公共行政與醫療管理，都為（準）患者們建立了新的連帶、社會網絡、感知經驗與主體性，也從中培力出新的乳癌運動與各種相關倡議。

貳、生產「正常」、治理「風險」：權力—知識的視角

前述 Klawiter 研究的分析視角，事實上也深受 Foucault 有關醫療、身體與權力等概念的影響。Foucault 的著作在 1980 年代大量被譯介到英語世界，挑戰了醫療社會學領域過去多少承認或接受一個潛在「自然的」生物身體之概念 (Williams, 2001)。Foucault (1991) 對治理 (government) 的相關討論，也有助於概念化當代社會如何透過生產風險論述、實作與制度來管理人口與個體的新權力—知識形式 (如 Castel, 1991; O'Malley, 2004; Rose, 1990)。Foucault 並未將治理限制在政治領域或國家的活動，而是更廣義地界定為所有我們用來管理他人行為以及自我管理的方式。治理因此可被寬泛理解為一種管理人類行為的技術與程序，包括對於國家、家庭、兒童、身體、靈魂，乃至自己本身，都可以作為治理的對象 (Foucault, 1997: 81)。

相較於醫療化典範更關注偏差行為，傅柯式的研究者則關心身體如何經歷「正常化」凝視與醫學監管。例如英國學者 David Armstrong (1983) 在《身體的政治解剖學》(Political anatomy of the body) 一書中，呈現出 20 世紀關於身體的論述與醫療凝視 (clinical gaze) 如何從過去聚焦在單一身體，轉向關注身體之間互動網絡的過程。這也使得醫學典範從臨床醫學轉向監管醫學 (surveillance medicine)，而這種新權力機制正是以兒童為首要的部署對象 (Armstrong, 1995)。Armstrong 記錄了 20 世紀初期，醫療機構為了實現對兒童生長與發展的密集監管，展佈了一系列的實作，從孕前檢查、出生通報，新生兒門診，牛奶站 (milk depots)，日間托兒所 (day nurseries)，健康訪視 (health visiting)、育幼院，以及學校的健康服務，生產出愈來愈多關於兒童人口以及何謂「正常變異」(normal variability) 的知識 (Armstrong, 1983: 43)；兒科醫生判斷兒童健康狀態的標準，從「這個孩子有病嗎？」轉向「這個孩子的發展正常嗎？」，全面性地將監管醫學的正常化凝視 (normalizing gaze)，操作在所有兒童的生長與發展上。與此同時，對於「正常兒童」的社會—醫學調查技術隨之興起，戰後的兒科不再將問題座落在兒童的身體，而是安置在童年關係當中，受虐兒、貧困兒、被忽視的兒童、受暴力的兒童等，成為新的醫療凝視對

象，專業論述也從「危險的孩子」轉變為「處在危險中的孩子」。兒童在家庭、學校與社會中的一切社會互動，都被納入醫療凝視的範圍。

除了兒科醫學之外，發展心理學的知識生產也使得童年成為重要的建構對象，特別是形構出龐大的產業，專門提供父母各種育兒建議（Ward, 2002）。心理學也配備了診斷與分類兒童的技術，提供考核個別發展與介入異常的工具，例如各種攸關智能、氣質或是性向的量表。對這套特定權力—知識的批判首推 Nicolas Rose（1990），他考察現代自我（self）概念的系譜學，檢視當代心理學作為科學知識與實作，如何建立認知與介入家庭生活的新方式，以及兒童發展與行為的新常規。藉由闡述發展階段並搭配特定的照顧建議，發展心理學的知識不只建構了童年、家庭生活、教育與母職的正常性，更形塑了母親的意志，讓她們主動實踐心理學的常規，並與專家結盟來治理自己的子女。值得強調的是，這樣的治理並非訴諸壓迫性的權力，而更主要是操作在身體與欲望之上。一方面，這樣的知識說服母親們相信孩子未來的健康與福祉多取決於她們在孩子童年時期的努力；另一方面，能運用新的科學知識來照顧子女，也早已成為當代好媽媽的標準（Apple, 1995）。因此，正是透過發展心理學，使得童年成為透過專業來治理的對象，也打開了母親跟孩子的關係以供公眾審視。

從這種生命治理的角度來看，風險是一種構想與處理問題的策略，方式是藉由互動的行動者／體、機構制度、知識與實作所組織成的異質網絡，將某些社會團體指認為風險，以正當化權力的介入（Lupton, 1999）。而這種風險策略的操作，主要藉由從人口母群體中獲取資訊，然後將其應用在建議或指導個人的行為。對 Robert Castel（1991）來說，這些策略根本捨棄了主體（subject）或具體個人的概念，取而代之以各種風險因子（factors of risk）的結合。它們的基礎在於人口層次上的統計相關性與機率，而非來自明確個人或團體所顯示出的明確危險。並且，當我們接受以各種抽象因子的結合來標示風險，不被贊許的行為模式與狀態便總是有發生的「可能性」，只是機率或多或少的差別而已。正如同 Castel 對精神病學的研究顯示，隨著精神病範疇從「危險」轉向「風險」，一種新的監管模式應運而生，透過系統性的預檢（predetection）來持續指認與監測人口的風險，並

從中增生無限的介入可能（相對上，過去的疾病體制只有當個體被診斷為已存在危險時，才需要接受醫療介入，因此理論上無法形構成徹底的預防政策）。再者，計算風險因子的科學技術，總是能以精確數據的形式來呈現出「客觀的」風險，從而避開過去精神病診斷常被質疑醫師是否足夠客觀的爭議。

Castel 的觀察非常有啟發性，但卻沒有注意到風險及其技術的多元與異質性。Mitchell Dean (1999) 進一步分類了當代社會不同的風險策略，其中與本文討論最相關的是流行病學的風險 (epidemiological risk)。Dean 指出，相較於二十世紀末葉之前的流行病學較傾向改善環境條件來增進人口的健康，現在更強調可被連結到健康狀態的個人「生活方式」(lifestyle) 之選擇。流行病學的風險因子被用來勸說個人從事自我管理，並且不一定要專家直接在場耳提面命，也可能透過大眾傳播媒介的強力放送，使個人相信自己「具有風險」，並且自動自發地從事自我管理以減少罹病機率。而當個人被認為會對整個社群帶來不良影響，他就會被納入另一種計算策略，也就是個案管理的風險 (case-management risk)。這種風險理性源自於在臨床實作上，特定的症狀被認為會造成危險，例如精神疾病與暴力之間的連結。在此，風險對個人或團體（特別是家庭）進行質性評估，以判斷是否落入「有風險」(at-risk) 類別，並據以將他們納入各種治療（包括諮商、參與自助團體）、禁制（例如監獄、戒治所），或規訓（例如訓練）等實作，藉此要不將他們隔離於社會生活之外，要不至少減低他們的風險（例如藥酒癮、性傳染病、長期失業）可能造成的危害。由此可知，個人在風險治理體制下，並非永遠都被 Castel 所謂的抽象風險因子之量性組合所取代為。Loma Weir (1996) 也提出類似的「臨床風險」(clinical risk) 概念，指的是流行病學的風險計算，但將篩檢技術結合傳統面對面診斷與治療，以生產出「個人病理的劃界」(circumscription of individual pathology) (Dean, 1999: 190)，使某些身體成為更密集被監管與介入的對象。

承襲上述討論，Castel 大膽預言精神科醫師的治療專業將被管理專業所取代，但並未得到其他研究者的支持（見 Rose, 1998）。Weir (1996) 同樣發現，更普遍的實作是風險因子被納入個案記錄當中，成為專業管理

的其中一個項目。她回顧對懷孕治理的研究後，指出懷孕的醫療概念從作為產婦的疾患（*illness*），轉向意謂母親與胎兒都處於風險中（*at risk*）。非但各種過去未曾被提出的風險被發明出來，並且將管理責任指派給母親承擔，也是史上第一次，個別的懷孕女性都被標明特定的風險數據（例如唐氏症機率），指向胎兒「可能」會有因此必須警戒的未來。即使 Weir 對於風險技術如何影響專業實作有著不同於 Castel 的看法，她仍部分肯證了後者的論點：既使不存在明確的危險或病理，還是可能帶來特定的介入（例如唐氏症機率高於多少，就需要進一步做羊膜穿刺）。

臺灣近二十年來興起的發展遲緩兒童早期療育服務，正體現了「風險」如何做為治理兒童人口身心發展的知識技術。臺灣的早期療育原是由智障者家長總會所爭取，希望有利於身心障礙嬰幼兒的早期醫療與特殊教育介入，以期這些孩子能回歸正常或至少減輕未來的障礙程度。然而，許多身心障礙在嬰幼兒階段尚在「成形」當中，看起來可能與正常孩子無異，也可能只是發展稍微落後於同儕，因此不易辨識與確認，也難以喚起家長的警覺。為了能有效進行早期發現工作，承接政府相關專案的智障者家長總會，透過三種「風險化」（*riskization*）策略來佈署一個新的幼兒發展風險體制（Tseng, 2017）：(1)宣稱發展遲緩的高盛行率：例如主張發展遲緩有高達 6% 的盛行率，但事實上這個數字並無科學實證基礎；(2)發展大量篩檢的網絡與工具：例如結合兒童預防保健制度與幼托園所例行性的健康檢查，也請心理師編寫合適的發展檢核表；(3)建構風險主體：包括全體六歲以下的兒童都被認為可能有潛在的發展風險，同時也強化指認各種不符合主流教養模式、可能不利於孩子正常發展的家庭，特別是來自東南亞的新移民家庭。

相較於前一節的討論，這個案例正好能夠呈現出醫療化與風險化的差異。醫療化是將非病視為病，只有病人會需要醫療監管與處置；而風險化卻是進一步消融病與非病的界線，代之以風險的連續體，從而使得過去被認為「正常」的、沒有病的人，都被課以監控風險並努力維持健康的責任。在臺灣推動早期療育的過程中，「發展遲緩」一方面被界定為身心障礙的前兆，一方面又被認為與正常童年狀態很難區分，因此要求所有孩子定期

接受醫療專業人員的發展診查，幼托園所也會例行性地執行發展篩檢，家長在日常照顧工作中更要密切監管孩子的發展進度，以期能即時發現遲緩兒童，並藉由早期療育之助而促使其回歸正常。

事實上，這種強調風險、監管正常的制度性實作，經常環繞著兒童而集結起來。或許由於童年特質在當代社會主要被定義為純真（innocence）與免責（nonresponsible），再加上 20 世紀以降，兒童逐漸被賦予情感無價的地位（Zelizer, 1985），特別容易激起成人的保護傾向。因此，在社會層面上，我們看到越來越多相關的制度部署，例如托育補助與服務、兒少權益保障、少年法庭、童工保護等等，而在醫療層次上，則體現為一種預防的理想。Conrad 與 Schneider（1992: 169）就認為，社會的兒童保護傾向結盟了醫療的保護—預防傾向，鼓勵了以健康之名的醫療式「兒童保護」。因此，正是孩子在當代社會文化中的地位與定義，支持並助長專家權力的擴張，使得兒童愈來愈成為生命權力及風險技術施作的對象。

參、醫療化、風險與媒體

而無論是醫療化或是風險化，都涉及到主張建立以及合法化等活動，可以想見傳播媒體在其中必然扮演一定的角色。事實上，在當代社會，媒體已經是健康資訊的最主要來源之一。隨著人們愈來愈積極管理自身健康，以及參與自身疾病的診斷與治療，媒體所提供的資訊，對於人們進行健康決策、近用照顧系統，以及參與攸關健康問題的政治論辯就顯得更加重要。

批判性的媒體研究傾向將主流媒體視為維護社會穩定、支持既有建制的關鍵行動者，它們促使公眾更加信任醫療系統、主流的流行病學典範，以及專家建議的健康行為。在此，媒體所扮演的是雙重角色（Mayer, 2012），一是守門員，藉由賦予不同健康議題不相等的報導份量，從而影響公眾認為什麼問題比其他更重要，並且值得投注公共資源以尋求解答。例如在英美兩國的「過度嗜睡症」（excessive daytime sleepiness），正是透過媒體的問題建構（為醫學修辭賦予制度性、文本式的權威）而引發廣泛的注意。易言之，媒體提供醫療知識額外的權威來源，形塑公眾對於疾病及其風險

的認識 (Kroll-Smith, 2003)。另一個媒體經常扮演的角色則是過濾器，主要是透過修辭的配置來形塑議題，例如 Brown 等人就發現，媒體對於乳癌這種爭議性疾病，會偏好強調個人因素 (飲食與遺傳)，而相對淡化造成疾病的結構性風險 (例如環境荷爾蒙) (Brown, Zavestoski, McCormick, Mandelbaum, & Luebke, 2001)。就有研究者憂心，藉由聚焦在個人，媒體將問題的定義與控制放在生物醫學的領域中，一方面鞏固健康問題的醫療化，另一方面也轉移公眾對於結構層次的興趣與關切，從而可能削弱管制者處理體制問題的行動能力 (Mayer, 2012)。

媒體也經常被批評促進醫療化過程 (Brennan, Eagle, & Rice, 2010)。一般來說，主流新聞媒體與醫療論述之間本來就具有相當程度的親近性，畢竟醫療觀點看似符合新聞追求的客觀價值，在報導相關事件時記者也通常依賴醫療專業者作為訊息來源，加上醫療論述也符合新聞本身的修辭需求 (McAllister, 2012)。不可否認地，媒體的醫療化報導也可能助長疾病意識，增進求醫行為而有利於病人的福祉。特別是對於某些過去被連結到偏差行為的疾病，醫療化多少有去除污名的效果，例如國內研究就發現，在減害計畫推行期間，媒體呈現毒癮者的最主要框架已從負面的「加害者／失序者」變成相對中性的「可被醫治的病人」，即便他們仍被描述為被動等待醫療拯救的 (徐美苓、熊培伶、賴若函、吳姿嫻、施馨堯, 2011)。

然而，媒體畢竟不會只是醫藥專業的傳聲器，它們與專業機構各有不同的文化與理性，本身亦需贏取更多讀者群以獲取利益，因此即便是生物醫學的報導，通常不會只是客觀中立地陳述專家意見，而是經常透過個人化或是警告等策略，來喚起讀者的情緒反應，以吸引注意或召喚同理 (Bauer, 1998)。其實醫療化的議題對讀者本來就有一定的吸引力，特別是那些在專業團體內部具爭議性的疾病類別，例如波斯灣戰爭症候群 (gulf war syndrome)、多重化學敏感症 (multiple chemical sensitivity) 等，可能會因為對常民大眾來說新奇有趣而被大肆報導 (Kroll-Smith, 2003)，相對上，醫療專業反而比較抗拒承認它們是真正的疾病。此外像是新的治療方法問世，或只是有研發前景，也都會被認為具有高度新聞價值 (Brennan et al., 2010)。

不過，也有研究者提醒（Seale, 2004），媒體的角色其實是相當多變的，它亦可能明白傳達對醫療專業的不信任、生產對疾病或醫療的恐懼等等。前幾年臺灣就曾經發生過媒體對於兒童過動症藥物的負面報導，使得當年度該藥物的臨床開給率驟然降低（Wang et al., 2016）。也由於媒體場域充滿競爭性甚至彼此矛盾的力量，邏輯一致在新聞工作中未必具有優先性，對於商業與娛樂性的重視也常甚於對傳播正確知識的堅持。一旦媒體對於新興疾病的報導太積極，可能會從相對中性的醫療化過程跨入具爭議的「販賣疾病」（*disease-mongering*）範圍。此時媒體常被質疑報導失衡、販賣恐懼、誇大盛行率、鼓勵過度診斷，以及太過強調治療的益處（Brennan et al., 2010；Williams, Seale, Boden, Lowe, & Steinberg, 2008），並且也太過輕忽介入的風險（Sweet, 2002），即使報導中會引述專家意見或相關研究來合法化，目前也沒有相關規範要求揭露這些被引述的權威來源與報導內容之間是否存在利益衝突（Brennan et al., 2010）。

上述這些對媒體如何傳播醫療訊息的批評，正呼應了 Hallin 與 Briggs（2014）所指出，既有討論健康傳播的研究，大多預設了一種「線性—反映」（*linear-reflectionist*）的視角，意即假定了生物醫學提供權威來源，而媒體只是扮演流通這種既定知識的角色，並且常常表現的不完美。對於風險溝通的主流研究亦同樣潛藏這種觀點（Tulloch, & Zinn, 2011），經常批評媒體造成道德恐慌或錯誤地放大風險。然而，隨著整個醫療場域進入生物醫療化的時代，其中一個特徵就是關於健康與疾病的資訊透過各種媒介大量增生，使得知識來源更加異質化，生物醫學知識的生產與流通也從過去主要是私人性的醫病溝通，或限制在專家之間的討論，轉移到公共領域當中（Clarke et al., 2003）。這個整體趨勢，似乎也多少帶動媒體在處理相關訊息上的轉變。Hallin 等人（Hallin, Brandt, & Briggs, 2013）就梳理了五十年來美國主流新聞媒體對健康與醫藥相關報導，呈現出媒體如何參與建構生物醫療化的過程。他們的確發現醫學知識的生產愈來愈被納入公共辯論的一部分，而非侷限在明確邊界的專業世界，並且資訊來源確實更加異質，例如生物醫學研究者逐漸超越個別醫師與公共衛生官員，成為醫藥新聞的資訊來源，但也包含更多來自商業、市民組織、病患與其他常民的觀

點。此外，爭議性的報導亦同步增加，對生物醫學的描繪從早期一味正向，轉向呈現更多複雜面向。與此同時，這些媒體也日益傾向將讀者視為公民／政策制定者，提供更多關於公共政策決策與集體社會選擇的報導。

除了在經驗上梳理這樣的轉變，Hallin 與 Briggs (2014) 也呼籲其他研究者轉變視框，將關於健康與醫藥議題的報導視為知識生產的實踐，檢視這個生產如何被政治、經濟與文化空間所形塑，並分析它如何符應於這些更大的社會過程。畢竟媒體已成為健康、疾病與風險議題論辯的重要場址，公眾又是主要是透過媒體來獲取疾病資訊、認識治療或處理策略以及相關社會暨倫理議題，故有必要探問媒體如何形塑公眾的認知和態度。在此，一個重要的理論性問題就是如何概念化媒體所使用的溝通技術，尤其是生物醫學的溝通常規，如何與其他行銷、新聞學或政治論辯相互競爭或是連結。

Briggs 與 Hallin (2007、2010) 據以提出「生物溝通性」(biocommunicability) 的概念，來檢視新聞報導中對於醫療知識的性質及其該如何生產與傳播之規範性預設。藉由對報紙的健康新聞進行內容分析與論述分析，他們建構出三種生物溝通模型，揭示出健康、醫療與風險的公共溝通是如何進行的。首先是傳統上居於主流地位的「醫療權威模型」，醫學知識被呈現為由不涉利益的醫療專業者所生產，病人則是消極的訊息接受者，因此屬於線性的、由上到下的傳播模式。然而在當代社會中，由於市場因素在健康領域中日益重要，醫療權威模型很大程度讓位給「病患—消費者」模型，病人被預設為醫療知識的主動消費者，應該積極尋求醫療資訊，同時負有道德義務去理性地追求最大的健康與福祉，並根據專家生產的醫療知識來進行健康決策。最後一種則是因應近年來許多健康政策進入公共辯論（例如健保、長期照顧，以及像是代孕、安樂死等具爭議性的新興醫療技術），也出現不少由專家與常民公眾共同合作針對健康議題的倡議行動（例如公衛專家與環保團體協力對抗環境污染），健康報導隨而發展出新的「公共領域模型」，將讀者視為公民而非病患或消費者，有能力判斷公衛機關與生物醫學專家的行動與主張，並且會主動參與健康相關資訊的生產與討論。在此模型中，媒體所傳播的資訊不是為了讓個人自

我管理健康，而是有助於公民與政策制定者進行攸關公共利益的集體決策；生醫知識也不會被預期是有共識的，而是呈現不同的立場與聲音以促進對話跟討論。而對於 Hallin 等人來說 (Hallin et al., 2013)，除了區辨出不同溝通模型的特質，更重要的是，這種溝通技術與實作的萌生，並非只是「再現」既存的生物醫學對象與主體，而是更有助於促動相關的轉變，從而提高公共爭議的可能性（而不再像過去只交付專家處理），以及擴展了準備介入的行動者範圍。也因此，健康報導就是政治的報導 (health reporting as political reporting) (Briggs, & Hallin, 2010)。

除了關注新聞生產的過程，也有另外一批研究開始探究常民對於媒體報導的回應，並且發現民眾對於媒體所提供的健康風險訊息經常抱持批判性的態度，甚至有時會拒絕或忽略媒體傳達的知識 (Tulloch & Zinn, 2011)。例如當媒體使用名人藥物濫用的案例來傳達反毒訊息，研究者卻發現青少年們並不會輕易接受媒體將名人構框為太過負面的角色模範，但他們同時也能以批判性的立場，反思性地討論名人犯下的錯誤 (Shaw, Whitehead, & Giles, 2010)。對母職與科學育兒建議的研究也發現，當母親採取違背專家認可的育兒實踐時，會主張另一種風險計算的方式，以正當化自己的選擇 (Murphy, 2000)；或是主張育兒是專業領域，並強調實作知識與個人知識優先於專家的技術知識，重新定義自己做為日常照護者才具備真正的專業地位 (Murphy, 2000)；或是在支持育兒是專業領域的同時，藉由將實作知識與個人知識優先於技術知識，重新定義自己做為日常照護者才具備真正的專業地位 (Murphy, 2003)，使她們即便與專家們不同調，還是能夠主張自己是負責任的，審慎的，具有知識的母親。因此，媒體及其閱聽者之間的關係不應被太過簡化的思考，常民如何評估專家系統所中介的健康風險知識或行為建議，也會非常不同於專家或是媒體工作者的預期，需要在經驗上更細緻地釐清。

肆、結論

無論是醫療化或是健康風險的傳播，都涉及到運用生物醫學的修辭，以及使相關認知或實作超出過去科學醫學專業的範圍，進入更大的社會，以影響人們的認知與行為。因此，傳播媒體的角色必然在此過程中具有關鍵的地位。而有鑑於過去研究對於醫療化，特別是透過風險技術來達到治理的各種批評，健康傳播研究有必要更具反思性地處理相關議題，並且敏感於研究框架中預設醫學科學專業與媒體，以及與閱聽常民之間的關係。本研究據以提出兩個建議：

首先，媒體研究應該避免將醫療化或健康風險傳播所依據的科學醫學知識「黑盒化」，畢竟即便是生物性的身體科學知識，都可能受到既有的社會文化力量所形塑，從而不應該被當成客觀中立的權威。例如前面提到鄭斐文（2012）對於肥胖的研究，除了討論臺灣新聞媒體如何再現肥胖，也深入分析這些常為媒體引用來支持肥胖流行的科學知識事實上仍有許多不確定性，包括用來測量肥胖的 BMI 指數也非客觀標準，而是夾雜著人口治理、藥廠利益，以及正常與偏差身體畫界的產物。Holland 等人對於澳洲媒體如何建構肥胖流行病的研究，也能進一步揭穿媒體所報導的肥胖盛行率，其實是錯誤推論原始研究證據的結果（Holland, Blood, Thomas, Lewis, Komesaroff, & Castle, 2011）。另一個對於臺灣媒體如何建構兒童過動症的研究（曾凡慈、劉毓翔，2017），則發現媒體呈現的過動症，愈來愈強調大腦神經發展異常的病因，以及藥物優先的治療策略，並要求家長一旦懷疑孩子有過動傾向，就盡快帶孩子接受醫療診治。但事實上，大腦生理與社會環境因素如何互動、如何影響過動的症狀表現，在醫學上仍有許多爭論尚待釐清，藥物雖然是最常用的臨床處遇策略，卻並非只出於科學實證理由，而是受到醫療經濟考慮的影響。民眾很難從媒體中獲取過動症相關爭議，同時少有機會充分認識其他的治療選項（例如認知行為治療、環境及飲食調整等等）。這樣的報導模式推進了過動症在臺灣社會中的生物醫療化，也鞏固主流精神醫學對於兒童過動行為的詮釋權與處遇模式。易言之，這些研究不只檢視媒體如何報導醫療健康訊息，也分析其中引用的科學醫學知識如何被生產，不只有助於揭示出媒體在醫療化過程所扮演的角

色，也有助於進一步問題化疾病定義，從而根本性鬆動醫療化議程。

另外，治理性的觀點也可以做為健康傳播研究的資源（Bakir, 2010）。治理性的取向關切社會如何透過風險技術去規訓人民的自我，使專家系統生產的風險知識與相關建議，成為人們自我治理（self-government）的必要工具，並且是身為良好公民的道德責任。基於這樣的理論立場，研究者就可以去追問（或是檢驗）健康傳播是否、以及在多大程度上成為治理的場域。例如在新興媒體中有許多與疾病相關的社群或是論壇，可以看到常民分享生病經驗或討論自己如何管理健康風險，這種看似專家缺席的場域，是否可以觀察到治理的運作？又或者，在眾家媒體中越來越泛濫各種風險資訊，是否真的促進公眾的自我監控，並承擔起管理風險的責任？而這種對於媒體如何作為治理環節的研究興趣，還會因為「專家系統」並非鐵板一塊而倍增複雜性。正如晚近的科技與社會研究（science and society studies）揭示出「專家」經常是複數的集合，並且充滿紛歧甚至彼此矛盾。再加上媒體本身也非同質整體，不同形式的媒介可能親近不同的知識權威（例如主流新聞媒體支持過動症的生物醫學論述，但網路論壇卻可能流通各種另類療法訊息），這樣的異質狀態如何影響治理的運作？另一方面，一般的行動者更是處於多重的生活世界，面對各種競爭性的參考架構，他們的社會網絡可能包含了支持不同權威知識的實作社群，每個社群都會藉由接受特定知識來表達與捍衛他們的文化與社會認同。例如過去研究以自我治理來概念化那些積極閱讀科學育兒書籍並付諸實踐的母親（Murphy, 2003），但如果母親必須與其他親友協力，不同照顧者（像是保母或婆婆）可能堅持各自服膺的知識體系（曾凡慈，2017），這會如何影響所謂的自我治理？因此，相較於無論是傳統的健康教育或是風險傳播（都預設依賴專家知識從事自我照護的主體），人們更可能會立基於每日的生活經驗與異質的社會互動，反身性地協商自身知識與其他權威，以及與自我的多重社會認同之間的關係（Wynne, 1996）。未來研究也可以檢視作為閱聽者的常民如何詮釋媒體再現的醫療與風險訊息，並創造出不同於專家系統所框構的自我治理技術，並且為醫療與風險知識的使用者—專業關係（user-professional relationship）寫下新的腳本。

參考文獻

- 吳嘉苓 (1999)。〈性別、醫學與權力〉，王雅各 (編)《性屬關係 (上)》，頁 385-418。台北：心理。
- 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》，4：191-268。
- 徐美苓、熊培伶、賴若函、吳姿嫻、施馨堯 (2011)。〈是減害還是加害？愛滋新聞論述中的毒癮者框架〉，《台灣社會研究季刊》，81：79-128。
- 曾凡慈 (2017)。〈當幼兒發展成為母親的風險事業〉，戴伯芬 (編)《性別作為動詞：巷仔口社會學 2》，頁 110-118。台北：大家。
- 曾凡慈、劉毓翔 (2017)。〈建構童年異常：新聞媒體中的兒童過動症及其轉變〉，《社會分析》，14：75-115。
- 曾凡慈 (2010)。《兒童發展的風險治理：發展遲緩、監管網絡與親職政治》。國立臺灣大學社會學研究所博士論文。
- 鄭斐文 (2012)。〈肥胖科學、醫療化與性別身體政治〉，《科技醫療與社會》，14：9-76。
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Apple, R. D. (1995). Constructing mothers: Scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries. *Social History of Medicine*, 8(2), 161-178.
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 393-404.
- Bakir, V. (2010). Media and risk: Old and new research directions. *Journal of Risk Research*, 13(1), 5-18.
- Bauer, M. (1998). The medicalization of science news : From the “rocket-scalpel” to the “gene-meteorite” complex. *Social Science Information*, 37(4), 731-751.

- Brennan, R., Eagle, L., & Rice, D. (2010). Medicalization and marketing. *Journal of Macromarketing*, 30(1), 8-22.
- Briggs, C. L., & Hallin, D. C. (2007). Biocommunicability: The neoliberal subject and its contradictions in news coverage of health issues. *Social Text*, 25(493), 43-66.
- Briggs, C. L., & Hallin, D. C. (2010). Health reporting as political reporting: Biocommunicability and the public sphere. *Journalism*, 11(2), 149-165.
- Brown, P., Zavestoski, S. M., McCormick, S., Mandelbaum, J., & Luebke, T. (2001). Print media coverage of environmental causation of breast cancer. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 747-775.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 281-298). London: Harvester Wheatsheaf.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. & Fishman, J. R. (2003) Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U. S. biomedicine. *The American Sociological Review*, 68, 161-194.
- Comstock, E. (2015). The rhetorical construction of the AD/HD subject: Managing the self. *Journal of Language, Identity & Education*, 14(1), 1-18.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness* (expanded ed.). Philadelphia: Temple University Press.
- Dean, M. (1999). Risk, calculable and incalculable. In D. Lupton (Ed.), *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives* (pp. 131-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 87-103). Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1997). *Ethics: Subjectivity and truth (essential works of Michel Foucault, 1954-1984, Vol. 1)*. New York: New Press.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical*

- care*. Chicago, IL: Aldine.
- Greenberg, D. F. (1988). *The construction of homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hallin, D. C., & Briggs, C. L. (2014). Transcending the medical/media opposition in research on news coverage of health and medicine. *Media, Culture & Society*, 37(1), 85-100.
- Hallin, D. C., Brandt, M., & Briggs, C. L. (2013). Biomedicalization and the public sphere: Newspaper coverage of health and medicine, 1960s-2000s. *Social Science & Medicine*, 96, 121-128.
- Holland, K. E., Blood, R. W., Thomas, S. I., Lewis, S., Komesaroff, P. A., & Castle, D. J. (2011). 'Our girth is plain to see': An analysis of newspaper coverage of Australia's future 'Fat Bomb'. *Health, Risk & Society*, 13(1), 31-46.
- Illich, I. (1976) *Medical nemesis*. New York: Pantheon.
- Klawiter, M. (2008). *The biopolitics of breast cancer: Changing cultures of disease and activism*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kroll-Smith, S. (2003). Popular media and 'excessive daytime sleepiness': A study of rhetorical authority in medical sociology. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 625-643.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London and New York: Routledge.
- Mayer, B. (2012). 'Relax and take a deep breath': Print media coverage of asthma and air pollution in the United States. *Social Science & Medicine*, 75(5), 892-900.
- McAllister, M. P. (2012). AIDS, medicalization, and the news media. In T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, & V. S. Freimuth (Eds.), *AIDS: A communication perspective* (pp. 195-224). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Morgan, K. P. (1998). Contested bodies, contested knowledges: Women, health, and the politics of medicalization. In S. Sherwin (Ed.), *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy* (pp. 83-121). Philadelphia: Temple University Press.

- Murphy, E. (2000). Risk, responsibility, and rhetoric in infant feeding. *Journal of Contemporary Ethnography*, 29(3), 291-325.
- Murphy, E. (2003). Expertise and forms of knowledge in the government of families. *Sociological Review*, 51(4), 433-462.
- O'Malley, P. (2004). *Risk, uncertainty and government*. London: Glasshouse.
- Ortega, F., & Choudhury, S. (2011). 'Wired up differently': Autism, adolescence and the politics of neurological identities. *Subjectivity*, 4(3), 323-345.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Riessman, C. K. (1983). Women and medicalization: A new perspective. *Social Policy*, 14(1), 3-18.
- Rose, N. (1990). *Governing the soul: The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Rose, N. (1988). Governing enterprising individuals. In N. Rose (Ed.), *Inventing ourselves: Psychology, power and personhood* (pp. 150-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenfeld, D. & Faircloth C. A. (2006). Introduction: Medicalized masculinities: the missing link? In D. Rosenfeld & C. A. Faircloth (Eds.), *Medicalized masculinities* (pp. 1-20). Philadelphia: Temple University Press.
- Seale, C. (2004). *Media and health*. Oxford: Blackwell.
- Shaw, R. L., Whitehead, C., & Giles, D. C. (2010). 'Crack down on the celebrity junkies': Does media coverage of celebrity drug use pose a risk to young people? *Health, Risk & Society*, 12(6), 575-589.
- Sweet, M. (2002). How medicine sells the media. *British Medical Journal*, 324(7342), 924.
- Tseng, F. T. (2017). From medicalisation to riskisation: Governing early childhood development. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 112-126.
- Tulloch, J. C., & Zinn, J. O. (2011). Risk, health and the media. *Health, Risk & Society*, 13(1), 1-16.
- Vailly, J. (2006). Genetic screening as a technique of government: The case of

- neonatal screening for cystic fibrosis in France. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3092-3101.
- Wang, L. J., Lee, S. Y., Yuan, S. S., Yang, C. J., Yang, K. C., Lee, T. L., & Shyu, Y. C. (2016). Impact of negative media publicity on attention-deficit /hyperactivity disorder medication in Taiwan. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 25(1), 45-53.
- Ward, S. C. (2002). *Modernizing the mind: Psychological knowledge and the remaking of society*. Westport: Praeger Publishers.
- Weir, L. (1996). Recent developments in the government of pregnancy. *Economy and Society*, 25(3), 373-392.
- Williams, S. J. (2001). Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: Where are we now? *Sociology of Health & Illness*, 23(2), 133-158.
- Williams, S. J., Seale, C., Boden, S., Lowe, P., & Steinberg, D. L. (2008). Medicalization and beyond: The social construction of insomnia and snoring in the news. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12(2), 251-268.
- Wynne, B. (1996). Misunderstood misunderstanding: Social identities and public uptake of science. In A. Irwin & B. Wynne (Eds.), *The public reconstruction of science and technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zelizer, V. (1985). *Pricing the priceless child: The changing social value of children*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487-504.

Health, Disease and Risk: A Social Construction Approach

Tseng, Fan-Tzu

Abstract

This paper reviews the studies assuming a social constructionist approach to health, illness and risk issues. This approach takes these categories—health, illness, or risk—as socially constituted and explores the mechanisms through which power relations are reproduced. This review specifies three analytic axes: the first is the medicalization thesis elucidating the ways morally deviant behaviors or normal biological processes have been re-categorized as medical conditions; the second is the perspective of power-knowledge examining how the “normality” is constructed, and thus health and its risks become the objects governed by medical supervision and management; the third is the roles media play in the society which engages in medicalization and risk governance, as a “imperfect” disseminator of scientific-medical knowledge or an agent of knowledge production in itself. This paper also suggests directions for future research for the media, health and risk.

Keywords: health, disease, risk, social construction, media

