

國立臺灣大學社會科學院社會學系

碩士論文

Department of Sociology

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis

治理「近視王國」：從學校監管醫療到家庭健康促進

Governing the “Kingdom of Myopia” in Taiwan:

From Surveillance Medicine in School to Health

Promotion at Home

戴定皇

Ting-Huang Tai

指導教授：吳嘉苓 博士

Advisor: Chia-Ling Wu, Ph.D.

中華民國 106 年 12 月

December 2017



國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書



治理「近視王國」：從學校監管醫療到家庭健康促進

Governing the “Kingdom of Myopia” in Taiwan:

From Surveillance Medicine in School to Health

Promotion at Home

本論文係戴定皇君 (R03325008) 在國立臺灣大學社會學學系、所完成之碩士學位論文，於民國一百零六年十二月十八日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

吳嘉苓

(簽名)

簡舒富

李凡心

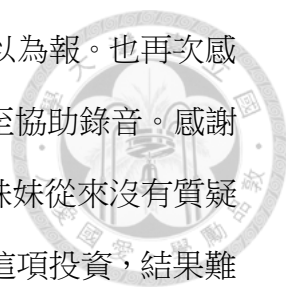
邱大昕



謝辭

每天盯著電腦數十小時，閱讀大批資料、謄打訪談逐字稿、幾乎沒有戶外活動時間——在書寫階段的最後，我的生活方式和論文題目背道而馳。這本論文探討身體疲勞與傷害，但它來自無盡的幫助與呵護。感謝我的指導老師吳嘉苓，一向熱情洋溢，琢磨論證文字、推敲研究設計、呼籲公共介入。感謝口試老師邱大昕，在研究初期給了我定心丸，讓我有勇氣探索這個未知的領域。曾凡慈老師的研究一直是我的重要參考座標；陳宗文老師和簡妤如老師，也在私下討論和口試等階段，提供許多建設性的提議。從大學部到碩士班，陳東升老師的啟蒙之功不可沒，蔡博方老師的援手不敢忘懷，賴曉黎老師則讓我了解到認真與自律的意義。這篇論文的部分章節曾經在 2015 年的社會學年會、STS 碩博士年會上發表，在此感謝許宏彬、林文源兩位老師當時的提問與建議。


很感激協助牽線的友人以及陪我討論的同儕。國斌、芷蘭、彥妤、米米、文馨學姊、怡妤，讓我有緣認識文中的受訪者們，探討因近視而生的喜怒哀樂。勤之、新誼、欣樺、昀青、意婷、安琪等同領域的前輩，以過來人的經驗，不斷地鼓舞我並提醒我的各種盲點，也教導我許多進行研究與寫作的技巧。予婷、小寶、奎彥、硯琳、永昌，聆聽我未成熟的想法，就是最大的幫助。在論文自救會上，科量和小明總能在評論的環節大顯身手，細心閱讀我枯燥生硬的初稿，還有我冗長無稽的焦慮。耕任、亞晴、大寶、陳霖、虫厂哥、亭叡、舒晴、宸豪，不只是重要飯友，也是協助論文成型的幫手。雞哥與子壹學姊，不吝提點我許多研究生生活的甘苦，也幫我初探教育社會學的堂奧。捷思、佳臻、郁婷、子鈞，與我相互砥礪，讓我更有勇氣繼續研究生涯。Minako、Marilian、Urielle 與廷碩，私下分享各自國家的現況或關鍵的檔案資料，讓我的視野不那麼狹隘。祥昀與祥昀媽容許我一塊去眼科檢查探訪，彧川從施兆聰那借來的錄音筆也惠我良多。帝宇何繡容女士，一直和藹地服務我們的研究需求，也就印刷問題建議過論文的圖表設計。



鄧黃鸞女士，在我面臨經濟問題時溫柔地降低房租，不知何以為報。也再次感謝安琪、米米、俊弘、慈一和瑞清，在口試那天不吝捧場，甚至協助錄音。感謝各位的支持和包容。家人一直是幕後功臣，感謝媽媽、爸爸和妹妹從來沒有質疑過我的人生選擇，也很願意協助我的各項決定。社會學研究所這項投資，結果難料，周轉漫長。默默包容我的任性，就是最珍貴的支持。

最後，我也要感謝所有願意閱讀的讀者。在台灣，這本論文的主題稀鬆平常，可能難以吸引目光。許多受訪者也笑著說，不知道近視要怎麼寫成論文。坦白說，這個問題當時的我也答不上來，只能靦腆傻笑。但現在，我會說，各位受訪者的慷慨援助，才讓我寫出了這本論文。我希望重新探問台灣人太過熟悉的現象，藉此回報各位的善意，彌補當時的叨擾。這本論文獻給所有苦於近視、慣於近視的人，甚至樂於近視的人。

中文摘要



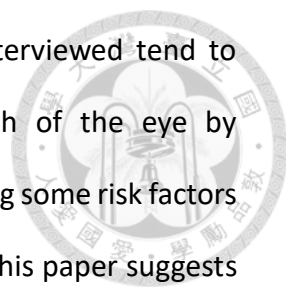
台灣的近視盛行率奇高，1990 年代以來號稱「近視王國」，激發許多學術調查與政府介入。那麼相應的治理部署究竟何時和如何成形、有什麼結構性轉變、家長又是如何回應這些措施與訊息呢？我分析期刊、調查報告、政府檔案資料，進行多元行動者的深度訪談（28 位），以釐清這些研究問題。本文的研究發現與貢獻如下：(1) 近視在 1960 年代的問題化，附屬於政府與教育界對「升學主義」的一系列論述與介入，近視治理源於教育問題。醫療專家與官員配合同時代的教育改革，聚焦於國中小學生、以過度升學競爭解釋學生大量近視，並靠改善教室空間和特定眼睛體操介入。眼科醫師對該議題的壟斷也隨 1980 年的近視政策而強化。(2) 自 1990 年代起，近視治理在學生近視盛行率逐步攀高的治理危機下，更著重家庭親職的自我照護，我稱之為「家庭化轉向」。治理對象逐漸擴及「學齡前」的幼童以及電視和電腦等視聽娛樂風險、相關論述越來越著重親職的責任、措施由特定眼睛體操轉變為日常活動時間的計算、日益擴大的眼科市場也出現了角膜塑型片等新手段。(3) 近視照護的親職顯示：文化健康資本必須包含「照護勞動時間」這項要素，近視照護的兩難也彰顯不同親職實作之間的張力。一方面，預防、檢查、處理到度數控制等各環節，都有特定的健康不平等，家長的健康知能、財力與投入照護的勞動時間扮演了關鍵角色。另一方面，家長會以強化眼睛、差別性排除風險因子、選擇性接受部分風險等方式，來協商相互衝突的要求。最後，我也提出政策建議：視力保健應由國小延伸至國中，並分辨不同的家庭型態，且在流行病調查中結合教養風格與醫療商品等面向。

關鍵詞：近視、視力保健、治理、升學主義、文化健康資本、親職。

English Abstract



Known as the “kingdom of myopia” due to its high prevalence rate of myopia since the 1990s, such an epidemic in Taiwan leads to a great deal of investigations and interventions. This thesis analyses how and when the dispositif of myopia governance is developed, whether and how it changes historically, and how the Taiwanese parents respond to such an issue in their care practices. Through the examinations of journals, research papers, policy documents and 28 in-depth interviews, this paper has three major findings. (1) The problematization of myopia during 1960s follows the lead of critique and intervention by the ministry of education against “education fanaticism”, the myopia governance is thus originated from the educational concern. Influenced by contemporary educational reforms, the experts and the officers focus on middle and primary school students and explain their prevalence rate by the over-competition under education fanaticism. They also strive to improve the spatial environments of school and impose certain forms of eye gymnastics, and strengthen their monopoly of this issue with the help of the creation of the policy of myopia in 1980. (2) Since 1990s, however, under the crisis of the climb of the prevalence rates, the governance of myopia turn to focus on the self-care of family parents, I call it as “the domestic turn”, in which the objet of governance extends to the pre-school children and the risks of audio-video leisure (such as TV and computers), the relevant discourses tend to explore the responsibility of parents, the eys gymnastics are replaced by the calculation of out-door activities, and Ortho-K emerges in the growing market of ophthalmology. (3) This case shows that the cultural health capital should include the “care-labor time”, and the dilemma of myopia care embodies the tension between different parental practices and dispositions. On the one hand, from prevention, examination, treatment and control, all these practices show a form of health inequality caused by the differences of health-related competences, economic means



and the time available for care ; on the other hand, parents interviewed tend to negotiate the pressure of education fanaticism and the health of the eye by strengthening the eyes of their children, discriminating and excluding some risk factors while selectively accepting some others. Based on these findings, this paper suggests that the policy interventions should extend to the secondary schools, distinguish different forms of family and take into consideration the style of childrearing and the use of medical commodity.

Keywords: myopia, the promotion of health of eyes, education fanaticism, governance, cultural health capital, parenthood.

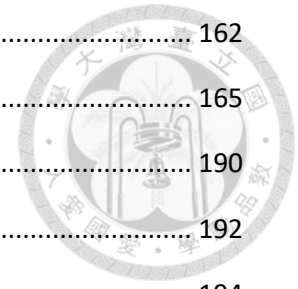


目錄

第一章 導論.....	1
第一節 前言.....	1
第二節 文獻回顧.....	2
一、眼科醫學的流行病學與實驗研究.....	3
二、健康治理部署：從生命權力、監管醫療到健康促進.....	8
三、健康促進下的親職難題：由升學主義、教養風格到文化健康資本.....	12
第三節、研究問題與章節安排.....	16
第四節、研究方法.....	17
第二章 升學主義的健康批判：學校近視的誕生.....	23
第一節 「學校近視」：流行病問題的建構.....	25
一、例行的學校檢查與例外的學術調查.....	25
二、匯合既有的教育危機：惡性補習與教室短缺.....	30
三、「學校近視」與「兒童營養」的解釋競逐.....	33
四、確立現象的眼科調查佈署：全國性學生視力調查研究計畫.....	38
五、小結.....	41
第二節 「學生視力保健」的治理部署建構：軍事需求、升學主義與專業鬥爭.....	43
一、軍事人力需求的警報：促成政策形成的偶遇事件.....	44
二、從「學校近視」到「升學主義」：結合健康與教育的治理部署.....	48
三、視力保健的管轄權鬥爭：驗光配鏡與衛生教育.....	52
四、小結.....	60
第三節 第二章總結.....	62
第三章 近視治理多重軸線的家庭轉向.....	64
第一節 治理對象逐步擴張——家庭空間風險的構成.....	65
一、延伸監管種類與年齡：「近視幼齡化」與「學齡前斜弱視」篩檢.....	66
二、反思早期教養因素：用功讀書與視聽娛樂的雙重風險.....	70

三、行為風險的知識生產與競逐：從流行病調查到實驗室研究	75
四、小結	79
第二節 治理績效的檢討與轉型：邁向親職教養的官方解釋與治理網絡	80
一、眼科專業與行政官僚的爭執：建構「近視王國」的集體焦慮	80
二、第二波長程計畫的開始：「加強學生視力保健計畫」	83
三、治理績效不佳下的解釋競逐與網絡改組：升學主義教養與「3C 保母」	88
四、小結	95
第三節 近視治理技術的生產與競逐：日常化的保健，商品化的處理	97
一、保健手法的日常化趨勢：由課桌椅安排、望遠凝視到日常時數調控	97
二、近視診療市場的結構性飽和：角膜塑型片與雷射手術等商品興起	113
三、小結	118
第四節 第三章總結	119
第四章 近視照護的健康不平等與兩難協商	121
第一節 預防、檢查、處理、防止惡化：近視照護的客觀不平等	123
一、預防：健康信念或歸因的差異	123
二、視力檢查的健康不平等	128
三、近視處理：取得難易不一的光學矯正輔具	131
四、防止惡化：由片面到全面的光譜	134
五、討論：文化健康資本與照護勞動時間	138
第二節 協商教育競爭與視力健康的實作張力	140
一、強化眼睛：增益輔具與營養品	142
二、差別性排除不利因子	144
三、選擇性接受不利因子	148
第三節 第四章總結	152
第五章、研究結論	156
第一節 近視治理的張力緣起、妥協與照護兩難	156
第二節 概念討論與研究貢獻	158
第三節 政策建議	161

第四節 研究限制與未來可能發展.....	162
參考資料.....	165
附錄一：家長用受訪同意書.....	190
附錄二：家長用訪談大綱.....	192
附錄三：背景資料問卷.....	194



表目錄

表格 一：「近視歷年流行病學調查成果」.....	3
表格 二：各國近視盛行率統計.....	4
表格 三：受訪者基本資料一覽.....	20
表格 四：1979 年度台大眼科門診眼睛疾病的種類分布.....	39
表格 五：近視解釋的各種可能性.....	42
表格 六：執業登記的眼科醫師人數.....	54
表格 七：視力保健部署中的各方行動者.....	63
表格 八：1986、1990 與 1995 年度的學幼童近視盛行率.....	81
表格 九：學幼童高度近視盛行率.....	89
表格 十：太陽日記卡.....	109
表格 十一：各項近視保健技術與商品.....	118
表格 十二：近視治理的演進.....	120

圖目錄

圖 一：東北戰地的視力不良.....	36
圖 二：彩色電視機與家用電腦的歷年普及率.....	72
圖 三：用眼姿勢圖解組圖.....	99
圖 四：眼科檢查的實作難題.....	129



第一章 導論

第一節 前言

教育部長朱匯森在一項會議上指出，目前教育問題有三「癌」——近視、惡補及青少年問題。這些幾乎可說「無藥可救」的絕症，雖經台北市教育局採取一些「對症下藥」的補救措施，不但抑制不了「癌」細胞的蔓延，還有惡化的趨勢。……追根究柢起來，解決近視問題光靠一些表面功夫，是無法奏效的。一位教育界人士坦承，現在的孩子從小學開始籠罩在升學歷力的陰影下，不斷的考試、唸書，縱有在良好的照明設備、保健設備，靈魂之窗都會遭致破壞。(聯合報 1984a)

因家長常忙於工作，缺乏時間陪伴學童，隔代教養情形增加，學童長時間上網、玩電玩及看電視時間未受到約束，導致視力不良率持續升高，根據廣電人 2003 年調查顯示 4-19 歲年齡層平日收看電視達 130.5 分鐘，週末增為 187.8 分鐘，其中戲劇、兒童卡通、綜藝和電影類型節目以七、八月為收視高峰期，而兒童卡通和電影類節目另一波高峰期為一、二月份，此分布正與學童寒暑假假期吻合……國內只有 27% 的家長在小孩使用電腦上網時，採取密切監督的做法，為孩子把關的程度明顯偏低。(教育部體育司 2004: 3-4)

在臺灣，「近視」是政府難以根絕的教育痼疾，也是家長無以適從的照護難題。1980 年代，「近視」名列教育部長所謂教育三「癌」之一，「升學歷力」不除，一切介入都只是教育界人士眼中的「表面工夫」。三十年後，教育部體育司引用多方調查，

主張家長管教無方，放任孩童「上網、玩電玩及看電視」，導致近視保健政策的績效不良。從國家升學制度的風險，到家庭親職失調的鐵證，這項公共衛生問題經歷治理對象、解釋方式、介入方法等多面向的轉型。本論文透過健康治理與文化健康資本的角度，探討台灣的近視問題究竟如何形成、演變與實踐。

「近視」的解釋歧異、評價曖昧：學校教育與家庭教養，誰是主兇？升學成就與視力健康，孰先孰後？政府與醫療專家長期聚焦學校中的近視人口，視之為過度升學競爭的副作用之一。但 1980 年代以來的政策介入沒有明顯成效，官員與專家眼睜睜看著近視盛行率越來越高，台灣淪為「近視王國」。他們因此漸漸將焦點轉向家長，懷疑升學心態在家庭中持存、3C 衛教常識不普及，拖累近四十年來的政策介入績效。可見「近視」是特定歷史與社會條件下的特定問題。這個現象在台灣極為普遍，卻欠缺人文社會方面的研究。本論文探討台灣的各方專家、政府與家長如何共同形構、治理這項問題。首先，在台灣，近視究竟從何時開始、由哪些行動者形塑為一項特定的公共問題？其次，我們思考與實踐近視保健的方式，本身又有什麼樣的歷史轉變和社會效應？最後，在這種治理體制下，不同社會位置的家庭，又如何進行視力保健、又有哪些實作異同？

第二節 文獻回顧

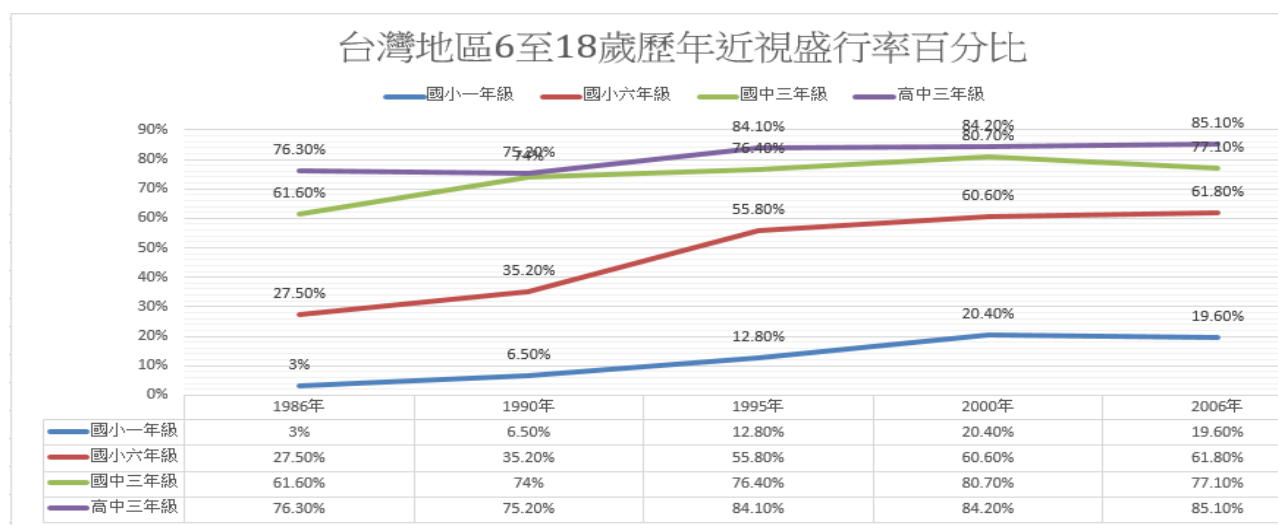
本論文是首篇探討近視的社會學研究，必須說明如何以社會學的觀點分析這一主題。既有的研究主要來自眼科醫學和公共衛生學界，主要用華人社會的教育習慣和用眼習慣來解釋台灣的高近視率。但這些文獻在歷史縱深上較為薄弱，未能注意到視力保健是個治理問題，需要探討其中蘊含的特定權力關係，以及整體網絡的變化。視力保健的親職也突顯了特定的健康不平等，有待我們以質性研究的方式，深入探索家庭的實作過程。



一、眼科醫學的流行病學與實驗研究

流行病學調查發現高達八成的台灣中學學生罹患近視，台灣因而號稱「近視王國」，是研究近視治理問題的絕佳個案。在 1990 年代，學者透過跨國的數據比較，發現國高中人口的近視盛行率突破七成，近年一直維持在八成上下（參見表一）。雖然其他國家的資料庫未必完整，但學者仍推測，台灣的盛行率很可能是全球最高（林隆光 1996）。¹從此，臺灣的健康政策報告書、研究報告與媒體屢屢自嘲台灣是「近視王國」，甚至自認為長期的治理可謂失敗：「教育部最新統計結果顯示，教育部自民國 69 年以來推動的各種學生視力保健措施，全告失敗，台灣『近視王國』的地位，愈來愈難撼動」（聯合報 1995）。

表格 一：「近視歷年流行病學調查成果」



資料重製自：衛福部國民健康署，2016。資料的近視定義為 ≥ 25 屈光度。圖中呈現五次調查得出的近視盛行率百分比資料，這五次調查統一了標準與測量，是難得一見的歷時性近視盛行率資料庫。

「近視王國」以「近視」為名，但一般生物醫學所說的「近視」，到底奠基在什麼

¹ 近視盛行率並沒有完整而可供比較的國際資料庫，學者只能依據各處零散資料來估算(Holden et al 2014)。

樣的生理機制上呢？「近視」(myopia)的基本定義是：來自無限遠處的光線沒有對焦到視網膜上，反而落在視網膜前面，人們因此看不清楚遠處的事物。因為觀看的機制是由眼球的角膜與水晶體會折射光線，讓光線聚焦在視網膜上。相反的情況，就是所謂的「遠視」。學者一般會將近視再細分為兩大類，首先是「屈光性近視」，這是指角膜的折射出了問題；其次是「軸性近視」，這是由於眼睛肌肉調節和眼睛壓力改變，使得眼軸整體隨之拉長。台灣的視力保健政策主要針對後天形成的軸性近視，醫生與學者也持續警告眼軸變長以後，可能促發種種併發症，甚至足以造成失明（林隆光 1997; 施永豐 2008）。

雖然視力惡化確切的生理機制仍有不少文獻爭議，但在解釋上，大致同意長時間、近距離的用眼有害視力，眼科醫學因此常探討用眼習慣的影響（林隆光 1997; WHO 2017）。學者認為教育與用眼習慣有密切的關係，因為調查發現世界最高的視力不良盛行率出現在東亞地區（參見表二）（Foster & Jiang 2014; Klein 2010）。歐美地區也自 19 世紀起，發現教育密度最高的醫學院學生視力程度大多不良（Williams et al. 2015）。而東亞地區和醫學院學生的特徵，恰好是教育競爭強、用眼時間長。不過，面對視力不良率在地區與教育程度上的差別，1950 年代的研究傾向基因遺傳的說法，但後續的比較研究與實驗研究並不支持。因此，基因解釋通常限於出生就有的高度近視（施永豐 2008; WHO 2017: 11-13）。目前，有鑑於本地的高近視盛行率，臺灣的醫學界較側重環境歸因，而不是在歐美相對盛行的基因遺傳解釋。甚至，眼科醫生會將晶體暫時痙攣的「假性近視」稱之為「學校近視」，在字面上直接扣連教育和生活習慣的影響（林隆光 1997; 林隆光、洪伯廷、柯良時 1980; 陳政友 2013）。

表格 二：各國近視盛行率統計。

資料來源國	調查人口年齡	該類別盛行率
臺灣	16-18 歲（2000 年調查）	84%
香港	17 歲（2004 年調查）	70%


日本	17 歲（1999 年調查）	65.6%
韓國	19 歲（2012 年調查）	96.5%（首爾大學生）
中國	5-15 歲（2004 年調查）	78.4%（城市地區）
新加坡	服兵役男性（2001 年調查）	80%
	40 歲以上男性（1996 年調查）	40%
美國	12-54 歲	25%（1971-1972）
	（1971-1972 比對 1999-2004 年）	41.6%（1999-2004）
澳大利亞	40 歲以上（2000 年調查）	約 20%

資料來源：筆者整理自既有文獻回顧。東亞數據參考 Su-Kyung Jung et al.（2012）；美國的資料來自 Susan Vitale et al.（2009）協助比較了；澳大利亞資料則來自 The Eye Diseases Prevalence Research Group（2004）。此外，依據既有資料作出的估計，全世界受近視影響的人口可能高達 19 億人口之多（Holden et al. 2016）。

台灣的近視研究，針對中小學生與學齡前人口，並時常稱呼他們的問題出自「**升學主義**」。一般情況下，人出生時眼軸較短，六歲以前的兒童因此常常是遠視。²但根據前述調查，幼年人口的近視盛行率逐年增加，並持續向更低的年齡層擴大。因此專家自 1970 年代起，持續批評「升學主義」在學校與家長觀念中的危害（台灣省政府公報 1980、1986）。1990 年代以後，學者與官員質疑電子產品使得用眼時間增加，並進一步綜合這兩點，指出電腦、寫作、英文等才藝補習都會增加用眼時間、有惡化視力之虞（施永豐等 1993；教育部體育司 1999、2007、2010；田翠琳 2001；呂鴻基 1999；陳正友 2013）。有些研究者也進一步考察學習壓力對近視促進作用（陳政友等 2006），有些研究則強調健康信念的中介作用（彭秀英、林隆光、吳仁宇 2010）。在教育與生活習慣的大方向下，風險因子仍十分多樣。那麼，我們該如何處理近視或進行視力保健呢？

近視的健康問題如此嚴重而急迫，學術上卻沒有明確而單一的解答，使得「

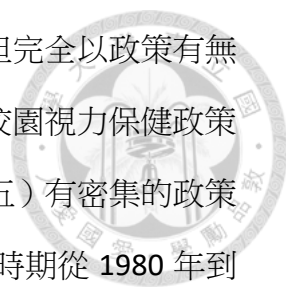
² 在學童層次的視力問題之外，臺灣也有少數文獻觸及其他人口。例如顯微鏡工作者、空軍軍校學生等（Chang, Shih and Lin 1999）。



近視王國」容許相當多樣的介入選項。基本上，臨床上的共識，是使用睫狀肌麻醉劑（俗稱「散瞳劑」），來放鬆睫狀肌，避免過度收縮（高淑卿、盧雪玉、劉榮宏 1985）。不過在 1960 年代末期與 1970 年代，眼科醫師那玉（1969, 1979）主張「晝盲」或「視力衰退症」可能混雜在學童近視中，「晝盲」是種由缺乏維生素 B 所導致的症狀。中醫背景的學者因此嘗試結合中醫與生物醫學，強調葉黃素和各種維生素等營養的供給與疏通（翁瑞文 2009）。此外，1980 年代起，臺灣的研究也認為同樣以放鬆眼睛為主的「望遠凝視」也有一定功效（陳正友等 2002; 林隆光 1997）。自從 1990 年代起，角膜塑型片與近視雷射手術蓬勃發展，但這兩項新興技術也有其他風險的疑慮。相較於侵入性太強的角膜塑型片和雷射手術，眼科醫師林隆光（1997, 2012）長期主張增加戶外活動時間（尤其如放風箏），才是對抗升學主義的最佳途徑。這項觀察也得到晚近調查的支持，高雄醫學大學的眼科團隊呼應澳洲研究的相關成果，在控制年級等變項後，主張戶外日照的時光長短是統計上更顯著的因子（Rose et al. 2008; Wu et al. 2010）。這些處理措施大多已有一定的實驗證據，眼科醫師同意近視有非常多樣的處理方式（WHO 2017: 3）。

然而，來自實驗室的建議有待落實，許多研究者紛紛探討家庭內的近視保健行為。彭秀英（2010, 2011）針對自理能力較弱的學齡前兒童，探討他們家長的近視防治行為之相關因素。彭秀英發現學齡前兒童的近視變化，與當事人的年齡、家庭社經地位、社會支持網絡等有高度的相關。張煜麟、倪鳴香與劉影梅（2014）則嘗試以傳記性歷程的方式，分析兩組都市兒童與家長的近視經驗：一個案例最後以配戴角膜塑型片為處理主軸，另一個案例則靠著強化戶外體能活動來抑制近視。但兩組家庭都受限於當代的都市生活，只能進行有限的改善。這些研究意味不同背景或條件的家庭，可能以不同的方式和不等的努力程度，進行兒童的近視保健活動。

進一步，視力保健的研究也由照護建議變成公共政策，如張麗春等人（2016）



探討了臺灣視力保健的歷史演變，可惜該文的歷史分期方式不但完全以政策有無為依歸，也沒有指明整體的發展趨勢。張麗春等人主張台灣的校園視力保健政策可以依據政策分為五個時期，其中三個時期（第一、第三與第五）有密集的政策與調查，另外兩個時期（第二與第四）則形同空窗期。第一個時期從 1980 年到 1988 年，起點是行政院擬定了「加強學生視力保健重要措施」，確立校園視力保健制度，並規劃視力保健中心；政府也於 1983 年委託台大醫院，進行每五年一度的兒童近視流行病學調查，並自 1986 年至 1999 年進行三年期的近視實驗研究計畫。第二時期則是 1989 年到 1999 年，「官方資料中並未見以視力保健議題為主軸的計畫或是政策文件」，張麗春等人認為這時期仍主要延續前一期留下的工作計畫。第三時期的時間點則和 1999 年開始的「加強學生視力保健五年計畫」重疊，推動前述的「望遠凝視」策略，並持續投注經費改善課桌椅與燈光。與第二時期類似，張麗春等人主張在 2005 年到 2007 年 7 月之間，各個相關部門「並無針對學童視力保健提出特別的政策」，只好列入 2004 年開始的健康促進學校計畫的相關部分。最後，第五時期則是 2007 年到 2014 年，特點是「學幼童視力保健實施計畫」於 2007 年 8 月出現；2010 年 7 月，政府又制定了「學幼童視力保健三年計畫」，推動「戶外遠眺 120」等新形式的保健活動。這份研究是視力保健史的初探，因此在歷史溯源、分期與趨勢指認等方面，都還有待後續研究補充。

總之，既有文獻大致同意臺灣的高近視率來自環境因素，這些文獻主要的關懷對象是學童，並允許多重的介入方式。然而，只有張麗春等人的研究描繪台灣視力保健的歷史發展，其他的文獻則未顧及各項知識生產與技術實作的歷史與社會條件。同樣地，也只有張煜麟等人將這些近視處理方式還原到家庭照護的具體情境中，而不是停留在實驗研究或流行病學調查的階段。為了進一步推展既有的研究成果，本論文將引入健康治理以及文化健康資本的概念，嘗試探討近視成為公共問題的過程、指認整體的變遷趨勢，並進一步分析近視照護在各家庭之間的異同。



二、健康治理部署：從生命權力、監管醫療到健康促進

本文從治理的角度，探討各方行動者「問題化」近視的過程、其中動用的知識與權力技術、以及相應的歷史變遷。「問題化」不是指特定理念或意識形態，而是我們如何使得某些存有「能夠且應該思考」，問題化因此需要相應的實作，才能夠成形（Foucault 1984: 19-20）。本論文探討近視如何在台灣的特定脈絡下，成為一項需要特別關照的問題。

首先，治理觀點嘗試探討**多樣的行動者**如何共同形構特定的問題或制度，而不是把國家政策當成自成一格的獨立現象，或者只關注眼科醫學的內部知識與技術發展。一方面，治理的觀點質疑政策和醫學的僵硬區分，主張正面探討它們如何「共同生成」(co-production)。行動者與各自的問題界定方式，共同形塑出特定的自然與社會秩序。我們的分析取向必須對稱地考慮社會與科學的構成要素，而不是偏重一端的單向分析（Irwin 2008, Jasanoff 2004）。³另一方面，行動者不只涉及國家，還包括產業界、學術界、社會輿論、各種志願團體等等。他們有各自的問題界定方式，同樣一種政策會有多重問題形構方式，政策的施行有賴多樣行動者的網絡（Bevir 2009; Bevir and Rhodes 2016）。⁴治理觀點引導我們將分析焦點轉向不同行動者之間的張力與合作，包括國家的各個部門、利益團體與相關的知識專家（Chien 2012）。同樣地，治理觀點也不像傳統的醫療化觀點，聚焦醫療專業的支配。Peter Conrad（1992, 2009）後來也強調「醫療化的引擎」不必然是醫療

³ 共同生成的概念強調科學與科技並未存在於社會活動之外，而是同時生產出來的安排。Shelia Jasanoff 認為 Foucault 的研究已經有這種想法的雛型。但相較於常見的 ANT 觀點，Jasanoff 進一步主張更明確地探討人類之間的權力課題。例如，誰通過網絡的構成而獲勝或失敗、又如何在分配與再分配中得利或受害、參與者在受徵召時願不願意改變其行為或態度等等（Jasanoff 2004: 17-20, 23）。Yves Gingras(1999: 9, 13)也認為 ANT 的貢獻是強調：在解釋上，政治的、經濟的與科學的元素並沒有一定的階序，元素之間的關係取決於情境。這些分析著重特定科學的歷史發展過程，但這並不代表科學或眼科醫學的研究成果缺乏「客觀性」。總之，「反身性」的分析釐清知識的歷史形構，讓人明白其中的特定侷限進而設想改進方案(Bourdieu 2001)。

⁴ Mark Bevir(2009)指出，在 1980 年代的新自由主義改革後，治理這個概念更適合分析日益分散的政策實作網絡，因為政策往往改由市場和第三部門協助執行，儘管這並不代表政府完全不再介入。

專業，也可能是藥商或醫療器材廠商等市場上的行動者，甚至有賴其他身分的行動者支援。在本研究的範圍內，行動者主要指國家教育機關官員、眼科醫師、公共衛生學者、教育界人士、第一線的衛教與護理人員、以及不同社會位置的家長。近視的治理研究旨在探討各方行動者如何形構出「近視」這項特定的問題，又如何環繞著這項議題，發展出各項知識調查與實作介入？

其次，我將聚焦近視治理中的**知識與權力技術**，以及這些「部署」(dispositif)的歷史演變。⁵依據 Michel Foucault (2008: 1-2)，廣義的治理 (govern) 是指各種引導、指引與制約人的行動和回應的可能方式。因此，治理是旨在引導人們行為 (conduire la conduite des hommes) 的程序與技術，這種權力預設了受治理者的自由或說多樣的行動可能，因此重點是如何將人們的行為引向特定的方向 (Dardot and Laval 2009: 14-15)。在治理健康的脈絡下，這種權力需要配合流行病學等研究調查，才能了解可能的行動與回應。Foucault (2007) 發現十八世紀的統計學展現了人口的特殊規律和效果，統治者或專家需要參考這些知識，適當地引導人口。其中，「安全的部署」就是針對人口的特殊權力機制。十八世紀的城鎮興起，人們開始把環境 (milieu) 視為各種事件發生的給定條件；安全部署也關切廣義上的種種流通 (人員和穀物進出、流行病傳播等)，期待用流通固有的效果，來抵銷負面的效果，此即調控 (regulation)；安全部署也嘗試計算出常態的分配，再讓現有的趨勢向常態靠攏，也就是常態化 (normalization)。⁶這些工作需要對特定的人口現象有充分的統計知識，以便在了解可能的行為模式後，對受治理的人口加以引導。在近視的案例中，早期的政策與醫學報告確認問題出自台北市與高雄市等現代都會地區；官員與醫生也要探討探討眼睛與教學空間中的物

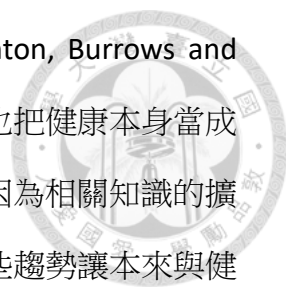
⁵ 依據 Paul Rabinow(2001: 50-55)的見解，Foucault 並未明確界定何謂部署(dispositif)。但從概念用法可以推知，Foucault 不僅用了該字在法語中工具或設施的意涵，更用來指稱界定、匯聚成共同網絡的異質元素，包括各種知識論述、權力技術與制度。由於部署的局內人與局外分析者未必清楚認識特定部署的效果與反效果，因此值得研究、分析該部署的歷史形成過程和運作邏輯。

⁶ Michel Foucault(1980)認為十八世紀起，歐洲出現了「生命權力(bio-power)」這種特殊的權力樣態，特徵是把人類的生理特徵當成反思與介入的對象：一方面，是針對個別身體的規訓或解剖政治；另一方面，是針對人口層次的生命政治(biopolitics)。陳宗文(2012)進一步在臺灣疫苗的研究中主張，規訓權力與生命政治能形成迴圈般的反饋關係，雙方相輔相成，只是分析上仍可區別。

質條件如何互動，如同廣義的流通；視力流行病調查也分析了各地的近視程度和盛行率，這點構成了常態化的條件。我將在後文中具體探討近視治理涉及的各项知識與權力技術，並描繪它們的運作方式以及歷史演變。

第三，現代國家治理人口，而教育部門是整個部署的重要節點，是「**監管醫療**」(surveillance medicine) 施力之處。在工業化與都市化的過程中，公共衛生在十九世紀逐漸變成國家的責任 (Porter 1999: 7, 24)。David Armstrong (1995) 指出，在「床邊醫療」和「醫院醫療」之後，二十世紀進一步出現了「監管醫療」的模式。監管醫療即通過大規模的健康篩檢，將所有人口都視為潛在的病人。因為監管醫療以風險因子 (risk factors) 的方式重新理解疾病，強調疾病有特定發展歷程、並取決於社群的生活風格，正常與病態的界線從此不再固定。其中，最明顯的監管對象即兒童的發展 (development) 歷程。類似的醫學模式拓及近現代的東亞社會，現代化菁英與國家也在這過程中扮演了重要角色 (羅芙芸 2007: 20-21; 梁其姿 2009: 14)。現代國民教育制度在這過程中發揮了樞紐作用，而監管的主要對象恰是尚處發展階段的兒童與青少年。黃金麟 (2001: 228-229) 指出，民國初年的國民改造運動也落實到學校體系的層次，其中的鐘點時間逐漸取代了傳統的時辰觀，呼應近代中國的身體國家化發展。呂紹理 (1998: 67-79) 與許佩賢 (2005) 也都注意到日本殖民時期的國小教育，推行標準化的時間表以及運動會、體操課，設法轉變台灣人國小學童的時間習慣和身體行為模式。張淑卿 (2010) 進一步主張，戰後臺灣 1950 到 1960 年代的學校衛生體制，是國民政府塑造兒童身體與衛生習慣的場所。在本論文的案例中，近視問題也來自兒童與青少年的大規模篩檢。尤其流行病學調查指認出種種風險因子，致力探討升學教育下的特定生活風格與近視發展歷程的關聯。

進一步，監管醫療稍後發展為**健康促進** (health promotion) 的潮流，監管內在化，需要當事人自我治理或自我照護 (David Armstrong 1995: 399-400)。1970 年代以來，世界衛生組織提出了「健康促進」的議程，強調預防的面向，主張透過



轉變生活風格與社經、生態環境，來促進健康的生命（Bunton, Burrows and Nettleton 1995）。大致同時，文化上的健康主義（healthism）也把健康本身當成有價值的活動，生活風格的選擇成為關鍵。但這些潮察也可能因為相關知識的擴張，讓人益發為風險而焦慮（Cheek 2008; Crawford 2006）。這些趨勢讓本來與健康沒有直接關連的物品或技術，變得與維持健康、預防疾病息息相關，甚至出現了更積極的增能（enhancement）意涵（Conrad and Porter 2004）。在當代健康促進的場景中，通過調查可能的風險因子，風險責任也悄悄轉移，為自我治理奠定可能（O'Malley 2008; Rose 1992）。例如，1970 年代的調查發現都市與鄉村的盛行率差距懸殊，學者因此認為鄉間、山區與海濱的生活有助於視力健康；都市內的生活習慣以狹窄為特徵，室內活動與電子產品的使用量大，充斥著視力風險因子。這些發現使得家庭的生活風格越來越受重視，並在 2000 年後成為近視保健的主要議程。家長甚至近視的當事人都將在近視治理體制下，發展出自己的視力保健之道。稍後，我將在近視保健的案例中，具體探討台灣的類似歷史轉變、並追問轉型的具體過程究竟如何可能？

最後，臺灣長年號稱「近視王國」，健康治理的績效長期不彰，我們必須探問治理體制如何回應與吸納各項不利治理的「事實」。一方面，部分研究傾向描繪治理體制何等有力，而忽略了抵抗與競逐等可能。如 Deborah Lupton（1994: 102）批評早期的「監管醫療」過度強調柔順的身體（docile body），以為病患受制於無所不能的監管醫療。然而，在特定治理體制下，受治理的當事人仍能主動積極地改造自己，自我技術的面向值得探討。⁷另一方面，有些治理研究則太過執著治理體制的失敗，未能有機地整合被治理方的回應。Thomas Lemke（2011: 92-93）認為治理研究必須探索行動者如何回應治理失敗與非預期後果，並如何策略性地重新

⁷ 由於 Foucault 的權力觀念是非物理地引導他人行為的能力，權力關係同時蘊含了治理方的支配以及受治理方的自由。這裡的「自由」特指受治理方以不同於治理方預期的方式反應，因此，抵抗是權力關係的內生要素（Paul Veyne, 2008: 142-144）。在這個意義下，Foucault 得以宣稱「哪裡有權力，哪裡就有抵抗」——並緊接著補充，抵抗永遠不會處在權力之外（Foucault 1980: 125-126）。

利用這類現象，形塑稍後的治理⁸。甚至，許多治理性研究太過看重治理本身的藍圖，忽略實際治理過程中的種種未竟之處；又或者直接將治理性當成包容一切的解釋架構，濫用「主權－規訓－治理」的線性發展模型，未能發揮實質的分析力道（Bröckling, Krasmann and Lemke 2011: 15-20）。Nicolas Rose 與 Peter Miller 更認為，治理方案必然會產生各式各樣的非預期問題，碰上種種爭議與障礙（轉引自曾凡慈 2008: 205）。因此，治理理性總是個尚未完成的過程，不斷地在新問題或新解決方案前轉變（Rose, O'Malley and Valverde 2006: 98）。台灣的近視保健直到 2000 年代末期，近視盛行率才稍稍得到初步改善。「近視王國」的稱號更暗示了近視治理的侷限，治理權力在學校、眼鏡行與家庭中長期碰上了一系列預期之外的實作困難。近視的案例不是柔順的身體如何受治理權力馴服的故事。我們必須討論受治理者這一端的各種對策以及專業團體之間的角度，以便了解近視治理的危機與局限到底是什麼、又如何反饋治理部署的下一步發展？

三、健康促進下的親職難題：由升學主義、教養風格到文化健康資本

學校固然是監管醫療的重要環節，但既有的政策檔案與研究調查經常以「升學主義」一語，主張東亞華人社會特有的教育狀況阻礙了視力保健計劃。「升學主義」一詞在相關政策檔案與研究調查中頻繁出現。這個詞是指教育機關「或」家長「為升學而升學，不顧包括視力健康在內的任何負面後果」。⁹1950 年代的政府文書已開始用這個詞彙批評教育體系中的激烈升學競爭，但意涵浮動：「一般所見，

⁸ 例如 Michel Foucault 認為監獄體系製造了「輕犯」，形成新的社會問題；但當時的行動者仍藉此重新組織了性產業——Lemke 將這個過程稱之為「策略性填補」(strategic completion)(Lemke 2011: 93)。

⁹ 「升學主義」不是學術上的「構念」(construct)，而是政府文書與新聞報導的措辭。因此，這個詞彙並不是定義明確的分析概念，而是隨情境與脈絡而異的實作詞彙。由於語意浮動，研究者也沒有統一的英文譯名。黃春木採用“the education rush”，顏學誠採用“academic elitism”，王震武等本土心理學研究者與歷史學者陳君愷稱之為“education fanaticism”。然而，上述作者都沒有明確解釋翻譯選擇。此外，如果運用資料庫瀏覽，我們也能找到“diplomaism”或“credentialism”等譯名。為避免概念上的誤解、突顯這個語彙的在地色彩，本論文採納王震武的翻譯“education fanaticism”。

對於『升學主義』的批評，不外乎集中於『不顧自己的性向、興趣或能力而熱衷升學』，『以填鴨式教學、能力分班、無數的考試等反教育手段進行競爭』，或者『政府限制某級某類升學機會』等論點。這些論點各有指涉，對象（「禍首」）則由個人、學校到政府都有。」（黃春木 2013：7-8）。論者主張隋唐以來的科舉制度，讓漢人社會期待「靠教育進行社會流動」，最終形成當代東亞社會的「升學主義」集體心理（楊國樞、葉啟政 1978；王震武 2002；顏學誠 2014；陳君愷 2010）。¹⁰升學主義有眾多負面效果，學生近視是其中之一。在近視治理的特定脈絡中，視力保健與「升學主義」相互交織，並具體表現在近視治理與自我治理的解釋和介入方式上。本論文處理教育制度的健康風險，在台灣，「近視」是這兩種關切共存與衝突的重要案例。

「升學主義」涉及教育制度與家庭教養的層次，指涉了特定的教養風格，未必是全體國民家庭的一致做法。Annette Lareau（2003）發現，中產階級家庭傾向採取「規劃栽培」（concerted cultivation）的方式，協助安排兒童的學習與休閒時光、傾向講道理、且有能力介入學校教師的事務。勞工階級則著重「成就自然長大」（accomplishment of natural growth），兒童通常和同儕相處、父母傾向直接下命令卻又畏懼老師與學校。藍佩嘉（2014：134-135）更依據父母資本總合與追求益品差異（「競爭流動」或「自然發展」），建構出四個象限的「階級化的親職場域」。同樣追求競爭，資本總和高的家庭傾向「培養國際競爭力」，他們在教養上更加「雜食」，以便為子女準備進入未來的跨國勞動市場；資本總和低的父母，也動用有限的經濟與社會資本，來培育國內學校體制提供的「階級流動力」。同樣追求自然發展，勞工階級的自然成長是「順其自然造化」，相對沒有干預；資本總和高的

¹⁰ 王震武（2002：8-9）區分了「升學主義」與「升學主義現象」，並採取「以古喻今」的溯源方法，認為古代漢人社會也有升學主義現象。他認為「升學主義」的意思僅限於「不是為了獲得『合理的教育』而要求升學」，這是一項無法直接觀察的集體心理機制；「升學主義現象」則可以觀察，包括當事人、社會與學校為此付出的沉重代價，如人才與社會風氣的敗壞。顏學誠（2014）則在文明比較的架構下，對比較無社會流動的印度種姓社會與歐洲封建社會，認為科舉制度為漢人社會帶來「尚賢」的社會流動階梯，甚至協助中華帝國整合地方社會。陳君愷（2010）則探討日治時期台灣人的「習醫偏執」，主張傳統科舉文化結合「重商趨利」的傳統，再加上台灣人家長的專制，才讓許多優秀人才或自願、或受迫地進入醫科就讀。

中產階級父母則是「規劃自然成長」，尤其由母親精細打理與營造兒童的教育，甚至取道另類教育，以圖「適性發展」。因此，同樣是「密集母職」（Hays 1996），也會依照社會位置（由經濟資本和文化資本的總量以及佔有比重界定）的差異而有更細緻的分化。依據藍佩嘉的分類，本論文探討的家庭大多屬於「競爭流動」的親職風格，這也是健康與教育最富緊張的狀況。

然而，世代經驗、當事人認同與投入親職照護的程度、收集資訊的能力與意願等因素，又比單純的社會階級更適合分析近視治理的家庭間差異。曾凡慈研究發展遲緩的家庭照護，她發現：「中間教育程度（高中職）的受訪者，有些對於各門各派的育兒知識如數家珍，有些仍相信孩子就是『自己會長大』，不認為自己有引導孩子發展的必要性」（曾凡慈 2008:142）。不僅如此，主要是較不具文化資本的父母也會「下重本」，購買昂貴的教具以處理發展遲緩的風險（曾凡慈 2010:153）。因此，曾凡慈認為單靠教育程度，難以區分家長對於專家知識的掌握。在網路資訊發得的今天，受訪者的年紀反而可能更能區辨差異。謝新誼也注意到新生代父母普遍了解塵蟎相關的風險知識，我們只能說：「擁有資源種類較多、數量較高的家長的確較有選擇作法的彈性」（謝新誼 2014:135）。謝新誼主張塵蟎治理的策略差異，不只取決於社會位置，更要同時考慮到世代、性別（如由父親主管家電採買）等因素，而這些差別都無法直接化約為資本總量與資本比重的不同。

因此，本論文將借用**文化健康資本**（cultural health capital, CHC）的概念，以綜合前述的經濟條件、資訊收集與判斷能力、照護時間與資源等因素。Janet Shim（2010:1-3）認為有些社會傳遞的、不平等分配的技能與資源，讓人有能力與臨床照護提供者有效互動與溝通。首先，這些技能與資源可以定義為文化健康資本，它在醫用互動中，可以操作化為多種表現形式：包括對醫學主題和詞彙的知識、知道哪些訊息對健康照護人員有意義、與照護提供者溝通健康相關資訊的技巧、在健康事務上有種企業家的傾向和進取的立場、會對身體採取工具性態度、相信

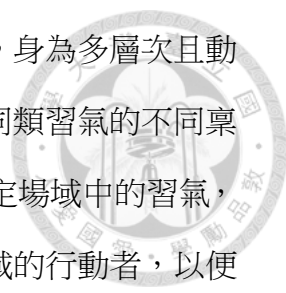
自我規訓的價值並有資源實踐之、傾向靠計算與行動掌控未來、敏於人際動態並有能力調整互動風格等等。其次，該資本在與健康相關的實作中促發與累積，變成當事人的稟性（dispositions）¹¹，而不必然是當事人有意追求的結果。這些實作包括採用生物醫學方面的知識、執行計算未來的決策、降低風險與自我監管的實踐等等（Janet Shim 2010 : 3-4）。¹²

在健康促進的潮流下，健康面的文化資本所產生的社會不平等，益發值得有系統的個案研究（Abel 2007）。畢竟，如果當今的醫療體系更加以病人為中心，那當事人具備的文化健康資本就更加值得注意，因為各階級自行照護的條件並不相同（Dubbin, Chang and Shim 2013）。深深依靠家庭保健實作的慢性病更是如此（Strauss 1988），家庭成員的文化健康資本扮演了決定性的角色。前述的台灣健康信念研究，也已經觸及家長的社經地位、教育程度、社會網絡、近視相關的健康信念等變項（彭秀英 2010、2011）。然而，健康信念研究多集中在量化研究，未能有力扣合近視案例中的教養模式與照護方式之間的關係，其中的實作差異仍有待質性資料來深入檢討。

文化健康資本是健康促進中的關鍵因素，近視的案例更進一步凸顯了教育流動與健康「稟性」之間的緊張關係。許多有助社會流動的教養活動，恰好是視力健康的主要風險；追求升學流動的教養風格，本身即眼科醫師大力批判的對象。在這種典型的兩難下，這類家長必須設法找出妥協兩種互斥要求的照護方案。因此，近視照護的情境突顯了稟性之間的不和諧或衝突，家庭中的行動者深受複數種不同的社會化原則影響，而不必然只受單一場域所形塑（Lahire 2011: 31, 36-37）。

¹¹ 根據 Emmanuel Bourdieu（1998: 39, 61）的語意研究，「使用稟性的陳述」指涉一切可能的同類事件，而不只取決於可觀察的規律。稟性因此不等於實際存在的實體。因此，稟性式的條件句陳述了「常態性的律則」：正常狀況下，我們所描述的事件將會實現。在社會科學上的用法中，稟性因此指某類行動者在某種情境下傾向做某種行動，而不是說當事人已經做出了這些行動。

¹² Missinne、Neels 與 Bracke（2014）以乳房檢影的實作為例，探討健康文化資本與生命歷程的共同作用。在控制其它變項後，他們發現從童年開始累積的文化健康資本，與當事人進行乳房檢影的可能性有關連。從童年延續下來的效應，可以理解成文化健康資本的積累結果，或者健康方面的稟性。



在本研究的案例中，涉及的場域至少包括教育與醫療。事實上，身為多層次且動態的稟性系統，習氣（*habitus*）的整合與張力程度並不固定，同類習氣的不同稟性本來就可能衝突（Wacquant 2016 : 68-69）。因此，比起聚焦特定場域中的習氣，Elizabeth B. Silva（2016: 179）進一步提議探索同時屬於多個場域的行動者，以便了解分裂了的習氣（*fragmented habitus*）。由於近視照護的情境結合了主流的升學式教育體制，以及特屬於視力健康的健康部署，我嘗試探索哪些家長最容易遭受兩種不同稟性（教育流動與身體健康）的衝突，並描繪這批家長又如何具體協商這份張力。

第三節、研究問題與章節安排

總之，我結合了健康治理以及文化健康資本，以發展本論文的分析架構。首先，我探討近視治理部署（*dispositif*）的運作方式以及歷史發展；另一方面，借助文化健康資本的啟發，我也分析並拓展健康稟性（*dispositions*）的客觀社會差異以及其中蘊含的主觀張力。特定治理部署的提問有別於既有的政策回顧，著眼問題化的歷程、多樣的行動者競逐、特定的權力技術運用。延伸這種傅柯式的探究方式，監管醫療和後來的健康促進也提供了啟發性的參照，協助定位近視治理的運作特徵與歷史脈絡。由於健康促進的潮流影響了台灣的近視治理，我們勢必要注意各個家庭自行治理近視問題的處境，因此我也配合運用了文化健康資本的概念。健康稟性即延伸自文化健康資本，這方面的提問著重視力保健實作的客觀不平等，以及家長主觀體驗到的親職張力（教育流動與身體健康）。教育與健康的張力是近視治理的特色，我在本論文的第二、三章說明這份張力的歷史演變，在第四章進一步探討家長如何協商這份張力。

本論文後續的三章，分別探討以下三大組研究問題。首先，我在本論文的第二章中，探詢視力保健的歷史形成，重新探問公共衛生與眼科文獻沒有深究的問

題化初期階段。因為既有的政策回顧局限於成文的政策檔案，留下許多謎團：時間上只上溯至全國型政策開始的 1980 年、行動者以政府和醫師為中心、強調這些視力保健政策之間的關聯，相對忽略其他的社會群體與該政策面對的各項侷限。相對地，我在第二章追溯近視到底從何時起成為問題、在哪些特定的歷史與社會條件下得到關注、又由哪些行動者來加以提倡？

其次，近視治理稍後由眼科醫師主持，但仍然持續經歷各式變動與挑戰，我在第三章中進一步探討台灣近視治理所發生的歷史轉型。一方面，如前所述，既有的政策回顧以三期政策為主軸，不免有特定時段的空缺，有待我們以另一種分期方式，來勾勒近視治理的轉變趨勢。另一方面，由於近視治理長期缺乏有力的成效，正好可以描繪治理危機的案例，探討近視治理權力如何面對長期不良的績效問題。我在第三章針對近視治理的權力部署的轉型，分析對象、解釋、介入方式等面向上，到底朝向什麼方向演變？

最後，在第四章中，我轉向自我治理的層次，探討近視照護的社會不平等，並以質性研究了解近視照護的實作張力。前述張煜麟等人雖然採取質性的歷程分析，可惜只有兩組對比案例，未能完整探索近視照護實作的分配狀況。此外，既有的政策與研究雖然經常探討與批判家長的教育理念，但他們未能有系統地結合親職風格的研究成果，以便探索特定教養風格的家長如何與視力保健之要求協商。因此，我在第四章探索近視的照護實作如何展現了特定形式的健康不平等，以及家長如何協商教育與健康親職的特殊張力？

第四節、研究方法

為了回答近視治理的歷史發展以及家庭實作，本論文一方面運用檔案資料研究，一方面配合深度訪談。首先，本論文將通過政策與期刊檔案，勾勒出何時、

由誰、如何、又為什麼會出現這種特定對象的問題化。¹³本論文處理的檔案資料可以分為三大類。首先，是行政條例方面的主要政策，這批資料可以界定治理實作的法規層次。這批資料包括：〈加強學生視力保健重要措施〉(1980)、〈加強學生視力保健重點措施〉(1986)、〈加強學生視力保健五年計畫〉(1999)、〈學(幼)童視力保健實施計畫〉(2007)、〈教育部學幼童視力保健三年計畫〉(2010)。其次，我也檢視了與政府合作的重要醫學或流行病學研究計畫。我們可以藉此理解相關的知識生產與流通，並比對特定知識論述是否得到其他行動者的支援，在更廣的範圍內起作用。如1983年《全國性學生視力調查研究計畫報告》、《近視防治研究報告》以來的一系列研究，以及師範大學衛生教育研究所在1960與1970年代的盛行率調查報告(多刊載於《健康教育通訊》)。第三，為了分析當時在這些政策與研究之外的背景，本論文也運用了某些教育史料和醫學史料。例如臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組收錄的資料、陳慕師編纂的《國立台灣大學醫學院附設醫院：眼科百年史》和許紋銘編的《臺灣當代眼科發展紀實》等醫師之二手文獻。第四組資料則是專家團體的專業期刊和廣告文宣，協助我們掌握眼科與公共衛生學界的動態。這方面採用的資料包括台灣大學醫學院圖書館與國家圖書館收錄的各種期刊，例如：《健康教育》、《健康世界》、《常春月刊》、《中華民國眼科醫學會雜誌》、《臺灣醫學會雜誌》、《學校衛生》、《臺灣醫學》、《台北市醫師公會會刊》、《臺灣醫誌》、《眼科醫學會會刊》、《當代醫學》、《當代眼鏡》等等。此外也旁及相關的研討會論文集、會議的紀錄報告、專家撰寫的科普讀物，以便更生動地掌握當時專家的思考歷程。

其次，在深度訪談方面，本論文也探討了常民家庭的保健實作，並包含部分專家與關鍵行動者的訪談。就常民家庭來說，本論文以滾雪球抽樣起步，稍後輔

¹³在發想研究之初，我利用聯合知識庫來對近視相關的詞彙最初步的搜尋，找到了「視力保健」這個官方文書的用詞。並進一步以既有的官方文書為中心，擴散出去蒐羅相關的政策檔案。因為社會科學界並沒有直接以近視為題目的研究，研究者也不應該完全依賴醫學專業的既有說法，因此本研究計畫先從比較寬泛的資料庫開始，期待能「建構研究對象」。當然，這個資料庫的信度、效度都有可疑之處。因此在運用上，只限於研究發想之用，本研究計畫將進一步以政府公報和專業期刊等進行檢證。

以立意抽樣，目的是最大化受訪者之間的變異。主要的訪談對象是負責孩童健康事務的家長，配合訪談有視力問題的學童。這部分設計的訪談大綱，請參見附錄（一）。滾雪球抽樣從認識的家長、PPT 的學齡前兒童版（Preschool）與媽寶版（Babymother）入手。立意抽樣的部分，則是在初步的訪談後，設法延伸與拓展盡可能多的差異，以便最大化樣本之間的階級、性別與年齡或年代等變異。近視保健的相關實作，深深取決於當時的病況以及年齡，甚至可能出現部分世代差異。因此，身為探索性研究，本論文嘗試擴大抽樣的年齡層，以便加強相互比對的可能性，並探索整個近視患病歷程的種種可能實作，拉長所觀察的時間區段。本論文因而沒有限定特定的視力或度數，重點是要設法包容可能出現的種種近視保健實作，以便了解這項慢性病的居家保健。

最終，本論文一共訪談 28 位報導人，主要訪談於 2016 年夏季進行，2017 年 7-8 月再補充三組訪談。在家庭方面，最後的受訪年齡層如下：年紀較大的家長超過 60 歲，年紀最小的家長只有 34 歲；年紀最大的近視青年達 25 歲，年紀最小的近視學童則是 12 歲。受訪的家長與近視兒童或青年一共有 27 人，17 人為家長，10 人為近視兒童或青年。這部分的訪談旨在了解家長如何投入近視治理，以及了解近視當事人如何回應一系列的治理與處理實作。17 位家長中有 3 位是學校護理師，因為護理師同時是治理體制中的關鍵行動者，可以協助本論文釐清視力保健政策如何在學校中施行；她們又同時有家長的身分，可以協助本論文拓展親職比較的可能，了解專業人員自己如何進行家中的視力保健。此外，家長中還有 3 位國小老師，由於職權之便，他們能夠廣泛地觀察大量學童的視力保健概況，甚至直接介入指揮。在專家訪談方面，本論文訪談了長期任職於教育部體育司的吳仁宇先生，吳先生長期主管視力保健事務，直到 2004 年才因退休而離開崗位。這個訪談是為了配合既有的一系列檔案資料，深入了解視力保健的始末因果。本論文受訪者的主要資料整理如下表三：

表格 三：受訪者基本資料一覽（除退休官員外，全數受訪者皆以匿名呈現）。

受訪者（年齡）	視力概況	收入與職業	學歷
金先生（約 60）、金太太（約 55）與小彬（24）	兩人都沒近視； 小彬 600 度	父親是警察；母親為家庭主婦。	金太太幼師專，金先生警專。
小英（24）	約 400 度	父親中油管理人員； 母親為家庭主婦。	碩士
小心（20）	約 700 度	本人為大學生。	大學
伊小姐（53），女兒小思（24）	女兒先天散光； 近視 400-500 度。 但是雙親都沒有近視	郵局任職，月收約七萬元。	伊小姐碩士學歷，其父親專科其母親國中
暖暖（22）及母親劉老師（約 55）	兩個女兒約 500 度。	劉老師是桃園縣某國小教師，配偶是中華電信主管	暖暖雙親都有大學學歷。
阿忠（56），兒子（14）	兒子散光 150 近視 225；本人高度近視且視網膜剝離。	任職郵局，月收約五萬元。	阿忠到大學，其雙親國中職業為家管和農民。
唐老師（52）（鄭老師丈夫）	同下欄。	國小教師（1993-2016 退休），月收約九萬元。	碩士，其父親有專科學歷並為公務員，母親家管。
鄭老師（53）（唐老師配偶）和小莉（15）	三位女兒分別是：400、900、650 度。	北市某國小教師（2017 將退休）月收約七萬元；雙親為花蓮老師和裁縫師。	碩士，其父專科其母高中職

阿芬 (50)	左右眼 450 度(大女兒) / 兩眼都 800 度(小女兒)	北市某國小護理師 (2015 年退休)	師大衛教碩士在職班；雙親都到國中
小華 (25)	約 700 度	學生並有助理職 (20K 以內), 父母為東吳大學教授, 月收約八萬。	碩士生, 父親有博士母親有碩士
謝護理師 (53)	25 歲兒子兩眼分別是 325/425; 本人約 600。	桃園縣某國小護理師; 父母工人	大學; 父母皆國中及以下
花阿姨 (62)	本人只有老花眼。	Wendy 和 Nicky 保母, 曾經任職於貿易公司和摩門教會。	閩南商工
Wendy (24) & Nicky (17)	妹妹 L400 尾, R500	妹妹是北市明星女中學生, 姊姊是碩士生。雙親為自營設計師, 月收超過十五萬。	高中, 雙親都有大學學歷
曾護理師(42), 女兒分別 4 歲和 1 歲	女兒們年紀小沒近視, 本人 500 度	北市某國小護理師, 收入六萬。	台北護理學院; 雙親商人
文文(45), 兩位女兒 16 與 14 歲。	兩位皆約 500 度左右。	水果攤老闆娘; 雙親在嘉義務農兼雜貨。	高中職
阿珍 (56), 女兒約 25 歲。	先天散光且剖腹產	早餐店店長。	高中
小潔 (34), 女兒 12 歲	女兒 200 度, 自己 700 度做過雷射	目前是按摩師。	大學
盧先生 (54) 與彥庭	彥庭左右眼分別	盧先生是電子業老	祖父母分別是警

(14)	為 125 與 100 度。 盧先生 300 度。	闊。	專大學和國中家 管
岑女士 (43) 與小君 (14)	男孩 400 度	父親工程師，母親岑女士為台北某醫學大學副教授。	母親有博士學位， 祖父母分別是碩士和專科出身的國中老師
Andy (約 45)，兒子 14 歲	男孩 300 度。	Andy 是光電所碩士出來的行銷業者。兒子就讀於新竹某明星國中。	祖父母分別是高中職與國中之中藥店與家管
吳仁宇 (退休官員)	-	前教育部體育司司長	-



第二章 升學主義的健康批判：學校近視的誕生

在學生升學考試的體格檢查統計數字中，教育廳發現患視力不佳的學生，年有增加。據分析除了遺傳或因病外，主要原因是由於教室低矮，光線不足，日積月累，當然要影響視力。因此，教育廳準備下年度起編列改善教室光線的經費，而且還要請眼科專家作近視的檢查與病源的統計分析。（聯合報 1959a）

據台大醫學院教授柯良時的研究報告，在全省調查過的卅八所國校中，發現三分之一的學童視力衰退。他說：在不久的將來，中國[按：指中華民國]將成為「近視王國」。眼科名醫那玉透露，在調查了台中嘉義高雄三地的四十八所國校，一萬三千六百九十六名六年級的學童之後，發現視力不良的佔百分之四十四點八，此種視力不良之程度佔世界第一位，但是視力不良與各校升學率是成正比的。陸軍總醫院耳鼻喉科主任榮寶峰最近指出，國校學童的聽力，也一年比一年衰退，他要求趕快減輕填鴨式的繁重課業，消滅惡補[按：惡性補習]。（聯合報 1966）

對今天的我們來說，近視是一項稀鬆平常的小障礙，遍布台灣人口的所有年齡層；晚近五花八門的 3C 產品很可能是主要風險因子；而身為健康議題，近視更應該由行政院衛福部主管。然而，如同上述的引文，在距今大約六十年的 1960 年代前後，「學生近視」是新興的社會問題，當時的政府甚至歸因到教室的空間設計和「填鴨式的繁重課業」，並由台灣省教育廳擔負主管機關的重責大任。醫師甚至緊張地與日本的近視人口比例比較，深怕台灣取代日本，成為新一代的「近視

王國」。事實上，自從 1980 年以來，政府推動了一系列的學生視力保健政策，期望能緩解盛行率居高不下的「近視」問題。然而，「學校近視」如何逐步發展成一個公認的公共健康問題？「學生視力保健政策」又是如何走向制度化之路？這項政策又有怎麼樣的演變與發展？

我在本章探索近視在台灣成為公共流行病問題的複雜歷史過程，以釐清既有文獻的預設。既有文獻預設「學校近視」的問題框架，未能檢討這項框架如何成形。既有的近視流行病回顧相信：幾項都會地區的學生視力調查報告，顯示出 1970 年代日益廣泛的學童與青少年近視現象，「近視」因此成為教育部擔憂的流行病問題。1984 年的紀載宣稱：「近數十年來，近視問題已是我國青年學生除了考試問題之外的重大問題之一」（台灣教育發展史料彙編 1984: 92）。然而，跟隨 Foucault 的建議，我們可以重新提問特定制度或問題的構成過程，而不是直接接受既有觀點。¹⁴我們可以重新提問：為什麼一定要把「近視」和「學生」扣連在一塊呢？近視從一開始就只有這種論述嗎？這些論述呼應了當時的那些既有的社會條件？換句話說，在什麼樣的歷史過程中，這兩者的連結能夠由專斷、任意走向了必然？

換言之，本論文第二章將探討該問題框架的生成，研究「創造中的科學」，而不是視「創造好的科學」為必然（Latour 1987: 4）。依據治理觀點，本章將分為兩個部分，探索近視之問題究竟如何由各方行動者建構。我在第一節探討眼科學界的活動與呼籲，說明多元的專業行動者如何界定問題。至於第二節，我將處理國家、教育單位與眼鏡市場等非醫療專業的行動者，以便突顯醫療專業所界定的問題，如何得到相應的配合或挑戰。本章將從治理的角度，說明「學校近視」的問題，如何在人們批判升學主義的過程中逐步形成。

¹⁴ Foucault(2007: 116-118)將這種方法精神稱之為「向外位移」：首先，我們可以探討特定制度之外的更廣的權力技術網絡；其次，我們不只要探討特定制度的既有功能，還必須進一步考慮到各種外部效果；第三，比起直接接受特定的問題對象，我們有必要探索特定知識對象的構成過程。



第一節 「學校近視」：流行病問題的建構

1980 年，行政院頒布了第一項視力保健措施。視力不良有待流行病學調查和大規模檢查來指認、界定，才能成為監管醫療思考與談論的問題（Armstrong 1995）。問題指認是長期而漸進的歷程。本文將探討視力保健的問題框架，並說明這項框架又是如何受到學界與官方承認。首先，本節將說明日治以來的兩種視力知識生產方式：例行的學校視力檢查，以及學者相對零星、例外而較嚴謹的抽樣研究。通過抽樣研究，台灣眼科學界於 1959 年提出了「學校近視」的問題框架。其次，回到 1950 年代，當時的惡性補習與教室器材與空間的問題，為「學校近視」提供了論據。眼科學界雖然沒有直接的因果證成，仍能援用其他社會群體已經承認的問題，來證成與說明「學校近視」的判斷。第三，稍後，眼科專業也通過 1960 到 1970 年代的一系列的流行病學調查，正當化「學校近視」的問題框架，在眼科場域內擊倒營養不足等競爭說法。第四，1983 年的全國性流行病學資料庫是個指標性事件，則在學術上與政策上界定了問題，正式奠定「升學主義批判」的治理基調。

一、例行的學校檢查與例外的學術調查

「近視」是現代國家身體檢查的重點對象，漢人社會的傳統醫療雖然發展出一系列的視力保養法門，但沒有把近視當成集體的健康問題。漢人醫學中的「能近怯遠症」，定義類似今日所謂的「近視」，部分醫師也願意援引中醫的說法：「近視在中國古醫學稱為『能近怯遠症』，以視遠物模糊不清，視近物仍正常為特徵。」（教育部國教司 1985：1）。然而，傳統醫學的理論如「五輪」、「八廓」，迥異於生物醫學的解剖與生理光學。「五輪」是將眼睛分成五個對應心、肝、脾、肺、腎等「五臟」的五個部分；相對地，「八廓」則是以八卦方位分類眼部（林隆光、

劉應溪 1981；鄧鐵濤、程之範 2000）。¹⁵面對眼睛困擾，傳統醫家通常會以養生建議為主，如唐代孫思邈（1994）在《千金方》一書中主張，五臟的療養還需要配合閉目：「人年四十已去，常須瞑目，勿顧他視，非必有要事，不宜輒開」。¹⁶進一步，後人比附為近視的「能近怯遠症」，最早出現在明代的《審視瑤函》中。古代漢人醫家認為「肝腎不足」和「心陽不足」會讓「光華不足」，所以不能看遠。清代的《目經大成》甚至也出現「近視」的名稱，清代醫家認為「近視」是先天稟賦不足所致：「雙眼近覷是生來，不是生來卻禍胎，真火不明真氣弱」（王明芳、謝學軍 2004：653-654）。事實上，明清漢人士人家庭也有關注兒童視力的紀錄，以及應對讀書而致目力受損的法門。當時人也相信，在光線不足下苦讀是目力受損的原因，如「夜課恆隨月讀書，目力已受傷害」（熊秉真 1999：317-318；黨偉龍 2009）。然而，古代中醫的近視理論與今日大異其趣，處理也偏重個別調養，而不是人口層次的調查與介入。因此，我們不能把當代的台灣近視直接等同於古代的「能近怯遠症」，需要重新指認制度層次的特定脈絡。

相對地，界定近視的視力檢查是**學校身體檢查**中的例行項目，日治以來便引入臺灣，協助大規模地計算、觀察殖民地的人口素質。由於認為台灣的熱帶風土會對兒童發育產生若干影響，總督府 1910 年即規定小學「學校醫」於每年 4 月和 10 月進行兒童身體檢查。檢查項目包括身高、體重、胸圍、脊柱、體格、眼疾、耳疾、牙齒、其他疾病與纏足。雖然不能確定眼疾檢查包含視力檢查，但日

¹⁵ 若進一步描繪中國傳統醫學的歷史發展，會發現不同的門派陸續出現、彼此競爭：卜辭、五經、《說文解字》等古代文獻零星記載過「喪明」（眼病失明）、「疾目」（眼病）、「蒙」（盲而目珠完好）、「瞶」（盲而目珠塌陷）、「昧」（目不明）、「眯」（草入目也）等字詞，約在秦漢成書的《黃帝內經》、《神農本草經》與《傷寒雜病論》也有治療眼病的藥方。唐代眼科更與五官疾病並列為「耳目口齒科」，發展出《千金方》等重要文獻，並受印度影響，發展出將眼的解剖部分派至於臟腑的五輪學說。宋代太醫署分九科，眼科在制度上獨立出來，八廓學說也在宋元時期逐步形成。明清醫家更因相對豐厚的觀察與分類，將眼科列病到 170 種之多，五輪八廓學說也有內部派別分化，於近代又將病種縮減到 50 種上下（王明芳、謝學軍 2004；鄧鐵濤、程之範 2000）。然而，受限於時間與學力，本論文並不擬處理中醫眼科的發展，只針對涉及當代視力保健的部分。

¹⁶ 《千金方》羅列十六種「喪明之本」，呼籲當時的讀者小心注意：「生食五辛，接熱飲食，熱餐麵食，飲酒不已，房事無節，極目遠視，數看日月，夜視星火，夜讀細書，月下看書，抄寫多年，雕鏤細作，博弈不休，久處煙火，泣淚過多，刺頭出血過多。」（孫思邈 1994）

本本土於 1888 年開始的「關於學生生徒活力檢查」已經包含視力的項目。相對地，直到 1921 年的「學校生徒兒童身體檢查規則」才正式將視力與屈折狀態納入檢查項目中，此外又多加入了營養、聽力、色神等項目。¹⁷而 1938 年受戰爭影響的「學校身體檢查規程」則又多了坐高、胸廓、皮膚、鼻及咽頭等。學校將會以此進行體格評等（許佩賢 2011；陳宜君 2013：42-44；池田若菜 2014：27），並發現台、日學生間在體重、胸圍與身高上有若干差異（范燕秋 2005：43-45）。視力檢查因此是殖民醫學的一部份，旨在理解並進而改造台灣人民的身體。

包含視力在內的各項身體檢查，「發現」了台灣國民小學內的各式「學校病」，近視也是其中之一。¹⁸當時所謂「學校病」是指「因為學校環境或是設施不完善，導致兒童生病、損傷的概念」（陳宜君 2014：66-68），其中包括採光不足以致近視、桌椅不合導致駝背、以及其他在校內容易流行的疾病，如蛀牙和砂眼等。而大掃除和個人衛生習慣的訓練正是學校衛生的焦點，殖民當局期待學校能同時充當發現疾病與介入改造的場所。

即便稍後政權轉移、衛生行政也有若干變化，視力檢查仍然是基本的健康檢查項目，同樣具備觀察與維持人口素養的意涵。¹⁹1950 年起，衛生處借調人員到教育廳擔任衛生督學，負責推動全省學校衛生教育工作，並通令全省推派教師為「衛生導師」，每年暑假參加為期兩周的衛生教育講習。衛生導師需要實際指導的內容包括晨間檢查、身高體重、視力檢查、缺點矯治（如砂眼、頭癬、頭蝨及小

¹⁷ 根據邱大昕（2013），台灣眼科醫界在二十世紀初仍使用 Snellen 視力表，但自 1920 年代以降，便改用 Landolt 萬國式視力表，並因為照明與採光等因素，出現多種不同的視力檢定器。至於學校與眼科醫生的測量工具是否協調，則是另一個問題。

¹⁸ 本文無法處理同時期的傳統書房與日本引入的新式學校之間的關係，但這不代表傳統書房在空間配置上完全不能有類似的疑慮。依照相關記載，傳統書房的設備以及照明，都有可能符合同時期近視相關的風險認知：「也不是特地為教學而設計的空間，或在老師家中的一隅，或是寺廟一隅，桌椅則是學生們各自從家裡帶來，教室一隅或放著供先生休息或吸食鴉片的大床」（許佩賢，2005：15, 55-56）、「上下課都沒有時間表，除吃中飯以外，整天坐在暗淡的教室裡唸書，唸到天黑都瞧不見了，才算下課」（許佩賢 2012：66）。由此可見，桌椅空間與照明都有引發近視的嫌疑，但並未引發「學校病」的問題化。

¹⁹ 張淑卿（2010）指出日治時代的學校衛生已有一定的成果累積，但戰後初期的部分則有待更多研究。她指出國民政府遷台後，於 1950 年代開始設立衛生教育委員會、衛生督學等衛教組織，這些都是可以供制度考察的研究對象。

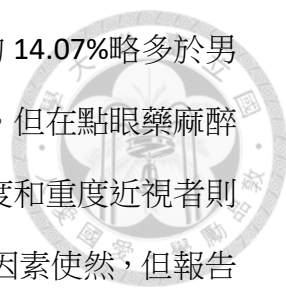
外傷包紮等)、急救技術及衛生歌曲等,如此的健康檢察分為定期與臨時兩大類,如國小在入學後的一年內接受檢查,之後每兩年一次;國中生以後在入學年同樣要受檢查,第二次檢查則在畢業時進行。1952 年也訂立了衛生設備的最低標準,萬國式視力表也在當時規定的診察工具之中(臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984 : 1, 122-123)。

但在日後的學術研究中,同樣出身自台大醫師的眼科醫師們,對早期的兒童身體檢查資料頗有微詞。他們認為這批資料的品質有待加強,只能勉強滿足醫學認識的需求:「雖非由眼科專門醫師所做且條件並不劃一[按: ,]而其成績自不可靠,但還可勉強來做比較」(柯良時、劉效蘇、楊燕飛 1959)。因此,雖然例行的視力檢查是當時校內健康檢查常設的項目,但眼科專業還尚未開始進行較大規模且統一標準的調查。那麼,「例外」的近視流行病調查是在什麼樣的情況下出現呢?

起初,為了了解人種差異對近視的可能影響,台灣的眼科醫療專業也曾經進行過幾次「例外」的近視流行病調查。當時的眼科教育實習已涉及眼底檢查,但主要仍只是為腎臟等疾病提供參考。在教學方面,當時的醫學院也安排了訓練課程來檢查今日所謂「近視」或屈光異常的病人,並以配鏡來治療(陳慕師 2001 : 69, 233-234)。²⁰該醫院的眼科醫師國友昇助也曾在戰爭期間的 1942 年,為台北市內 12 所國民學校的 1559 人進行兒童視力檢查,並發現其中有 1178 人視力異常;日本時代的眼科也曾經發起「高砂族眼疾調查」,項目包括視力、視野、光神和色覺等(陳慕師 2001)。

1959 年出現了戰後首次的大規模學術調查,三位在日治時期受訓的台大眼科醫師比較各年齡和學年的近視情形,並宣稱「可以推想惡性補習對於國民學童之眼屈折狀態不能說全無影響」。該份報告在臺北市的 38 所國民學校隨機抽樣 621 人,經由主觀與客觀檢查後,發現近視者共計 13.53%。其中,隨年齡與學年

²⁰ 從組織面觀之,1897 年的台北醫院(今國立台灣大學附設醫院)已設立內科、外科和眼科三科,眼科甚至號稱「第三科系」(許紋銘編 2014 : x)。



增加，近視比例越高而遠視比例減少。就近視比例言，女學生的 14.07%略多於男生的 12.46%，本省學童的 14.74%也略高於外省學童的 10.91%。但在點眼藥麻醉後，有 8.2%的輕度近視消失（從 168 人減少到 66 人），而中度和重度近視者則沒有任何改變。雖然部分文獻相信日本人近視比例較高是遺傳因素使然，但報告主張這可能是其他文獻中所說的「假性近視」（「與近業有密切關係」）（柯良時、劉效蘇、楊燕飛 1959）。因此，三位學者跟隨日本學者，稱之為「學校近視」（School Myopia），並推想造就這項生理變化的各種可能因子，呼籲當局要盡快做出相應的措施來矯正之，以免造成更大的傷害：

所有這些事實皆證明此可能因不適當之近業，包括文字、照明，姿態與讀書時間等種種問題而所引起來者，特別最近惡性補習之風蔓延甚熾，只想補習而不考慮環境衛生之作風影響眼睛甚大，不能否定為引起近視增加之一重要原因（柯良時、劉效蘇、楊燕飛 1959：351-352）。

總之，一方面，今天習以為常的例行學校視力檢查，從日治到戰後都屬於例行健康檢查的重要項目，是近視監管醫療的基礎建設。不過，當時生產的資料並沒有系統地匯集起來，遑論後續的累積和比較。另一方面，醫療專業團體也曾經執行過幾次「例外的」抽樣調查，統一標準並由眼科醫師監督，並從 1959 年開始累積起相關的本地文獻，為後續進一步的研究奠定基礎。這兩種知識生產的技術，是近視問題化的必要條件。尤其值得注意的是，「學校近視」的稱謂已經在 1959 年出現。那麼，這種外來的學術用語，究竟呼應了什麼樣的本地脈絡呢？



二、匯合既有的教育危機：惡性補習與教室短缺

為什麼臺大醫院的醫生會用「學校近視」來理解他們觀察到的現象呢？「特別最近惡性補習之風蔓延甚熾」又意味著什麼？面對這樣的現象，學界與政府可能可以如何因應？我在本節還原這些發言的脈絡，說明當時兩項既有的教育問題：一方面，是由國小升上國中的激烈競爭導致的「惡性補習」，這項教育問題在當時深受注目；另一方面，教育界也長期憂慮教室物質設備的供應不足，跟不上戰後日益高漲的升學人口。本文主張，學生的近視問題，必須從這兩項既有的教育問題來理解。這兩項脈絡既提供了解釋學生近視的便利，又提示了可能的解決途徑，共同形塑了「學校近視」的問題框架。換句話說，「例外」的近視調查，也有其日常的、給定的歷史與社會條件，而不是無中生有的創造。

首先，「惡性補習」這個議題牽連甚廣，教育當局用這個概念來解釋從學童健康、操行、師道淪喪、交通與行政等多個面向發生的問題。在教育當局眼中，學生近視起初就是惡性補習的身心傷害之一。該議題深受重視，甚至連蔣介石於開辦九年國民義務教育的 1967 年，都曾在國父紀念月會中強調：

…政府只要根據『取之於民，用之於民』的原則，結集社會上的力量，就可以辦好這一保育下一代民族根苗的義務教育，亦就可以根本消除惡性補習的痼疾病根，以實現三民主義模範省的教育建設。（轉引自司琦 1975）


在 1960 年代的教育單位看來，所謂「惡性補習」是初中入學考試競爭的結果。不但基層教師、家長期望學童能升學，而且也有選擇學校的風氣。當時的教育體系於是形成「填鴨式教學」、把不考試的科目教學時間「改授入學須考」、「補習時間過長」、「補習材料過多」等現象。教育單位相信這些現象將「影響到兒童

身心的健康」。當時的報刊大量報導這個議題，認為惡性補習的身心壓力讓兒童不堪其擾，或者害了肝病，或者結伴逃學。這個議題並未止步於國小升國中的階段，1968年臺灣省教育廳頒訂了「防止國民中學發生惡性補習實施要項」，將惡性補習界定為眾多弊害的匯流之處。²¹該要項羅列產生惡性補習的可能因素，包括：高級中學入學競爭激烈、職業學校畢業生的上進之路受限制、學生家長受傳統觀念之影響、私立中學不按課程標準規定授課、中學忽視四育並重之方針、地方教育行政機關員額編制太小、教師待遇較低、高中水準參差不齊等。在應對上，積極而言，我們要促成高中學校發展計畫與革新職業教育制度；消極來說，校方須防止書商推銷、禁止國民中學學生參加補習班、處罰收費補習的國民中學教師（臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984a：624）。

事實上，當時由教育部籌畫的方案，要求減輕中小學生各科教材的份量、修訂每周的教學時數表、並在新竹試辦國小直升初中的學區制度。教育廳主張以免試入學與劃分學區解決惡性補習問題。進一步，教育廳也認為惡性補習的弊害包羅萬象，包括：「損害學童之發育成長」、「摧殘學童智慧」、「偏重於入學考試之國語和算術兩科」、「妨害正常教學」、「規避政府檢查，不惜令學童說謊，發生反教育效果」、「補習教師與未補習教師之間形成不平與嫉視」、「引起學校行政和交通問題」等（司琦 1975：69-72）。換句話說，教育部的主事人員相信，惡性補習的弊害不僅僅發生在教育競爭的層面，也會傷害學生的身心發展，具有全方面的惡性效果。

總之，在當時的問題框架中，「惡性補習」幾乎可以用來解釋任何現象，「學生近視」也只是其中一項後果。台大眼科的醫生也運用了這項框架，協助解釋前述 1959 年的調查成果。相對地，「避免惡性補習」就成了教育界念茲在茲的重大任務。稍後，我們會發現，同樣屬於教育部主管的學生視力保健計畫，相當程度上分享著同樣的問題框架。


²¹ 直到 1978 年才更改為「加強輔導中小學正常教學實施要點」，從「避免惡性補習」轉向「促進正常教學」。



其次，在「惡性補習」之外，戰後的教育擴張與重建計畫，也深深影響了「學校近視」的問題框架。台灣的國民教育在「學校近視」議題出現的 1960 年代以前，由於人口增加和強迫入學的緣故而大為擴展。尤其 1947 年以來頒布並實施了「台灣省學齡兒童強迫入學辦法」等擴張基礎教育機會的措施，因此讓師資、校舍與學生健康等相互糾結的問題浮上檯面（何清欽 1980）。

戰後初期的校舍不但面臨有年久失修、戰爭破壞的問題，稍後也因教育機會持續增加，而難以容納更多的就學人口。政府只好在 1957 到 1961 年之間大幅增建鋼筋水泥教室，可是各縣市的財力又難以支應。就量的面向來說，台灣的人口與就學率都逐漸升高，當時的教育機關計畫「規模較大之國民學校設置分校或分班，分校設備充實者即與獨立設校」，但在各縣市政府無力馬上提供增班經費的條件下，教室本身的分配有其不足（臺灣省政府教育廳 1984a: 152, 160）。再從質的面向觀之，在戰爭、颱風與地震等天災人禍之下這些設備大為損害。當時的情景是：「各處普遍發生教師荒，而不得不採用多部制教學；且以往縣鄉間的教室大部為木造，甚至有用茅草或粗竹搭蓋者」（汪知亭 1978）。也就是說，由於教師人數不足，部分學校必須讓學生分批輪流上課（「多部制教學」）；當時的教室也相當克難，相關機構都清楚這些「物質基礎」有待改善。

教育單位承認，教室的質量不足是個重大問題，這是另一個型塑學生近視的問題框架。事實上，省政府也自 1968 年起逐年編列預算，準備重建定義為「危險教室」的將近三千間教室。但由於經費龐大，直到 1973 年才有相對全面的「臺灣省改建國中小危險教室三年計畫」，規定要改建八千多間教室。自從廣為人知的「九年國民教育」計畫開始，後續的一系列大型計劃都納入改建、擴建教室的面向。在 1977 年開始的「發展與改建國民教育五年計畫」中，也計畫好改建危險教室、更新課桌椅、更新粉版、改善飲用水、增改建廚房與廁所、改善教室照明與充實體育設備等多項工程措施（臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984a : 263-274）。



該計畫於 1981 年執行完畢後，教育部又接著研討並推動「發展與改建國民教育六年計畫」，這項計畫才真正與幾乎同時出現的學生視力保健（詳後）彼此配合。該計劃的目的之一是：「繼續改善國民中小學教育環境，以增進學生健康，保障學生安全」。為此，該計畫持續過去五年計畫以來進行的八項工程：如改建危險的破舊教室、更新課桌椅、改新粉版、改善照明、改建廚房、增改建廁所、給水設備與增建水泥球場等。不僅如此，其他如增建健康中心與保健室、供應營養午餐等更廣泛的學校衛生措施也納入計畫中。最後，由於要配合當時國民小學的新課程，因此教科書與作業簿的編寫、試用、修訂與供應也通通歸屬在同一個計劃中（臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984a）。

對教育部與眼科醫學來說，「學校近視」的稱謂預設近視發生在學校之中，與學校的物質條件密不可分。稍後，一系列的學生視力保健政策幾乎都會配合同時期的教育發展計畫，通過課桌椅與照明等相對容易調控的空間配置，來協助建構出理想的「視覺環境」。相較於直接改變城市空間，學校空間的改造更契合教育界原有的問題框架，成為後來重要的解釋與介入選項。

三、「學校近視」與「兒童營養」的解釋競逐

教室的空間配置與補習的時間安排，是「學校近視」之說興起的背景。這項問題框架體現在以下事例中：官方機構接受這樣的說法，開始準備從學校設計來介入這項問題；相關研究團隊也十分堅持，直接藉此補足研究設計上無法證成的因果關係；甚至，「學校近視」的說法也逐步擊敗另一種相競爭的論述：**營養不良**。「學校近視」並不是一開始就壟斷了人們對於近視的認識，論述競逐、爭議封閉，都是歷時數十年的漫長過程。

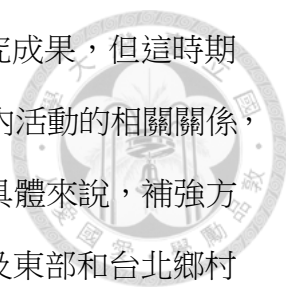
時任眼科醫學會長的台大眼科主任楊燕飛，懷疑學校近視的盛行，將讓台灣學生具備日本人的近視特徵（聯合報 1965c）。教育廳廳長也在省議會承認：「近

世進士，盡是近視」，官員也正面承認教育流動與近視盛行的相關性。廳長認為除了先天的因素外，大多數的學生近視是由於教室空間與營養教育所致：

閻廳長是在十八日省議會中答詢時作此表示。他分析這項病因說：除了由于先天的因素外，大多數是由于[按：由於]教室光線的不足，居家自修環境不佳，課業負擔太重，視力過度疲勞，營養不良以及讀書姿勢與習慣的影響。閻廳長說：教廳正在研究減輕學生課業負擔，以免某過度疲勞，同時對學校教室光線與照明設備應加改善，尤其是以後新建的教室應特別注意。至於營養教育的加強，和教室座次的調整各問題，都該切實注重。(聯合報 1963a)

「學校近視」需要專家知識證成，而師範大學衛生教育系是最早和政府有組織地合作的專業群體，並形成政策引導研究的局面。²²雖然師大衛教系早期研究內文提及的研究限制常和研究結論有所矛盾，但仍為當時輿論與後續的政策引用。最早的研究在檢查上使用 E 字 Snellen 視力表，將近視定義成 6/7.5 (站在 6 公尺處才能看到視力正常者在 7.5 公尺處能看到的目標)。不過，這時的檢查基礎卻稍嫌克難：視力檢查表「因時間關係不克印製，由筆者監製臨時用視力表四臺」、檢查人員則來自「對師大衛生教育系三年級學生三十人加以眼科知識並視力調查各項注意事項之訓練，以求達迅速確實之目的」。此外，研究者也承認自己無法覆查中學生的檢驗成果，只覆查了低年級的部分，原因是「開始過於急促，未克充分準備，以致低年級之成績有相當誤差」(那玉、黃書堂 1963)。不過，該系系主任李叔佩稍後卻在報上論斷，學生近視是因為惡性補習猖獗，有司應盡快設法改善(聯合報 1963a)。

²² 創辦該系的李叔佩教授本來是海軍總醫院上校主任醫官，1951 年受邀擔任台灣省立師範學院體育衛生組長，在 1953 年到美國進修學校衛生回國後，先成立體育衛生學系，再於 1959 年正式成立衛生教育學系。衛生教育研究所則到 1980 年才成立(張美金、蔡志忠，1989)。



1960 年代中期，師大衛教系也試圖補強該機構初次的研究成果，但這時期的研究限制仍常和研究結論衝突：研究設計只能討論近視與校內活動的相關關係，研究結論卻主張兩者有因果關係，進而呼籲政府介入處理。²³具體來說，補強方法是調查與比較台中、嘉義與高雄三地的國小高年級學生，以及東部和台北鄉村的學生；檢驗器材不再是初次研究用的 E 字表，而是美國進口的視力測驗器。1965 年的人員來自台中、嘉義與高雄師範學校的既有衛生人員，經師大衛教系訓練後開始調查；1966 年在東部與台北鄉村的研究則仍然由師大衛教的師生擔綱。作者在報告中承認「上述調查之結果，只能表示其視力不良，而不能表示視力不良之原因」、「本檢查於選擇對象時，缺乏統計學上之嚴格規定」。可見，作者們承認這些研究在設計上只能論及相關，沒辦法直接推斷因果關係。然而，報告最後仍筆鋒一轉，呼籲教育當局要盡速訂定有關方案，宣稱：「造成學童視力不良之主要原因，實由於升學競爭與課業繁重之關係做最為明顯」（那玉、葉友炎、黃松元 1965；那玉、黃松元 1966）。我們可以懷疑，整體來說急促的研究設計與結論，表示專家團體期望盡快確立研究成果，並透過既有的教育問題來正當化學生近視的問題。

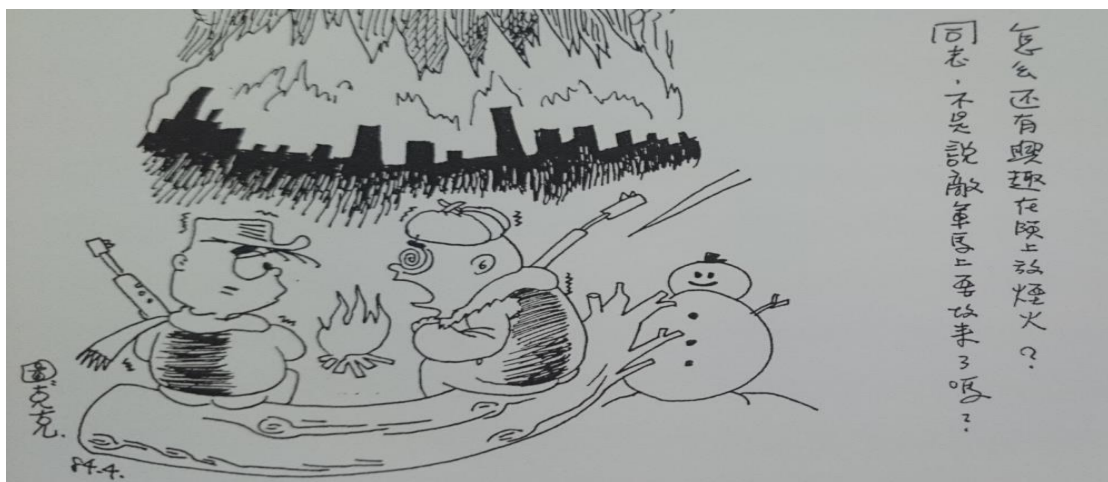
因此，這時期的教育政策引導著公共衛生研究，而不是研究者指認出問題並呼籲公共介入。比如 1967 年的報告，以隨機抽樣方法，在臺北市 32 所國民小學學童中抽取 8889 名學童調查。在研究設計類似的情況下，仍武斷地推論「主要因素，均與升學補習有直接關係」（台灣省政府教育廳 1984b：372, 384）。1969 年的報告受限於時間及人員，而無法複製前一年研究的規模，且缺少經驗上近視比例最高的六年級生。但作者仍樂觀地論斷九年國民教育的改革效果，相信國小到國中階段的惡性補習，不再能影響孩子們的視力發展：「雖只檢查三四五三個年級，確能斷言，改制後對於學童視力，有良好影響」，進而結論「消除惡補，對於視力確有良好影響」（那玉、黃松元 1970）。九年國民教育在短期內解決了國小

²³ 只有發表於眼科醫學會會刊的文章相對謹慎：另一份台北市國中的隨機抽樣調查，提到這份報告「因時間關及學生功課繁忙，未用散瞳劑」（那玉、黃松元，1974）。

到國中之間的正式競爭，然而這並不代表類似的現象不會繼續存在，近視盛行率在往後的三十年裡更是逐步攀升。

然而，立基於流行病調查的「學校近視」並非唯一的解釋，師大衛教的眼科醫師那玉根據他的臨床經驗，堅持缺乏維生素 B 所導致的「晝盲」或「視力衰退症」，也可能混雜在學童近視中。那玉是隨國民政府的軍隊來台的眼科醫師，早年在瀋陽學習醫學。他主張「晝盲」曾廣泛流行於 1950 年來台的中國軍民之間，因此一度企圖藉此理解學校中日益廣泛的近視。根據他晚年的自敘，當時他在東北地區累積了豐富的臨床經驗：「在老家東北接觸病人日繁，教我知悉維他命 A 與人體之重要性（角膜軟化），常將嬰兒由失明的邊緣救了回來。」、「在國破家亡之際，得機獻身於軍醫之職，從辛勞的勇士們學到了另一種目疾『腳氣弱視』」（那玉 1995a : 39）。這項特殊的眼睛疾病，曾經因營養、氣候與物質供應等多重因素，深深困擾當時的東北軍民。那玉指出，當年的瀋陽人常常在冬天結束前就已經消耗掉秋天儲存的蔬菜，主食大豆類食品與醃漬品，因此維他命 A 攝取不足，「每年十二月至四月夜盲及角膜病增加」（那玉 1995b : 40）。不只貧困的學徒和煤礦工人有季節性流行的夜盲症，改用米湯哺育的嬰兒也有類似的症狀。甚至，根據那玉醫師的回憶，在戰事緊張、物資匱乏的時期，部分瀋陽駐軍也顧忌部隊中的夜盲症，在日落之前提前點名就寢，以免誤傷同袍（那玉 1995b）。

圖一。東北戰地的視力不良。



根據戰爭時期的東北醫療經驗，那玉認為營養不良引發的夜盲症，深深影響當時的軍隊與人民生活，因此懷疑台灣的學童近視可能也出自同一成因（那玉 1995b : 41）。漫畫誇張地表示士兵因視力不良，誤將敵軍的焚城大火當成煙火（「同志，不是說敵軍馬上要攻來了嗎？怎麼還有興趣在晚上放煙火？」）。

當時參與軍中研究工作的那玉，一度懷疑營養問題可能影響日益擴大的學生近視。來到台灣後，那玉持續參與各項研究工作。在 1954 年與美國營養專家合作的報告中，那玉等人發現軍隊中的確有缺乏維生素 A 的情況，尤其以外省籍士兵為最。因此，當時他們設法在米中增添合成維生素，號稱「營養餅」、「富強米」（那玉 1995c）。依據 1950 年代的臨床與研究經驗，那玉在 1974 年的近視流行病報告中指出，雖然台灣的營養問題已經比戰後初期舒緩，但由於學生近視與軍中夜盲的症狀類似，加上學生用功可能「營養不良，體力不佳」，因此那玉仍然懷疑兩者並行的可能性（那玉 1969、1979）。

然而，那玉晚年也公開承認，與他過去生活的瀋陽相比，台灣的蔬果供應全年不斷，以米湯哺育的幼兒也不常出現角膜軟化的情況，且台灣民間盛行使用魚肝油，可以額外補充維生素 A（那玉 1995b）。因此，這樣的說法雖然在特定情況下行得通，但一旦場景由 1940 年代的中國東北與軍中移到 1970 年代的台灣國民小學與中學，這項說法便未能得到 1970 年代以降的眼科醫師社群接受與推廣。

事實上，1970 年間的國際學界雖然在影響機制上仍有爭議，但國內學界或政府仍能援用日本的部分研究，堅稱「學校近視」是後天環境因素的結果。在 1980 年代由眼科專家開始一系列實驗研究以前，研究者聚焦在人口層次的統計，眼科（柯良時 1963）也只專注在特定眼藥水的效果，本地學界尚未直接回應學校近視的生理機制，這部分的論述仍須借鑒國際學界的論辯。據那玉（1979）參與 1978 年第二屆國際近視學會的紀錄，主張水晶體學說的佐藤邇醫師與支持眼軸學說的大塚任醫師是當年國際學界的焦點：「每屆眼科學會時，此二人總有雄辯，成為

學術界的佳話」。佐藤邇認為學生讀書與近視有關，因為過多閱讀會讓睫狀肌緊張痙攣，進而讓水晶體變厚，形成假性近視。但大塚任利用超音波測量眼部，主張學生近視形成主因是眼軸拉長，水晶體變化並非關鍵。呼應環境學說，美國學者也以印第安兒童為對象，通過超音波等儀器測量眼部結構，發現發育期間如果持續處於看近處的環境，也會因調節緊張引起水晶體變化，形成假性近視。相對地，當年的會議上，只有丹麥學者仍堅持遺傳學的解釋。²⁴總之，儘管仍有無法忽視的內在差異，近視的環境解釋仍有國外眼科學術社群的網絡支持，那玉的營養之說相對孤立許多。

「近視」這個生物醫學的範疇，此時緊密地鑲嵌於教育上既有的問題中，並排擠掉營養問題的說法，形成學理上認證的「學校近視」。一方面，經由戰後既有教育問題（如教室擴充與惡性補習）的中介，「學校近視」得以成為公認的一套問題。另一方面，這時期與「學校近視」相關的知識生產，仍然常常無視研究設計上的限制，直接推定學校活動與學生近視的因果關係。進一步，雖然那玉醫師根據臨床經驗，提出了營養不良的論述。但是通過援引國際學界的有利資源以及前述的流行病調查，學校近視的說法仍壓制了營養方面的解釋。

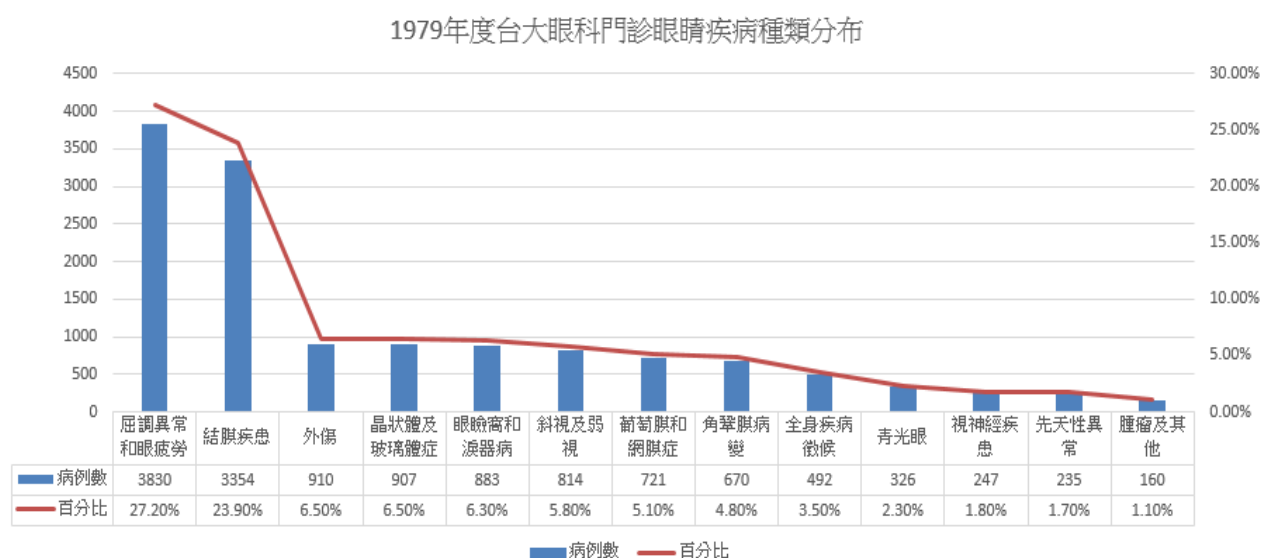
四、確立現象的眼科調查佈署：全國性學生視力調查研究計畫

陳宗文（2013）在台灣疫苗採用的研究中指出，治理性的佈署必須有在地社群的知識累積，才能建立起介入與反思介入效果的機制。從 1970 年代起，前述的師範大學衛生教育系便在台北市政府的支援下，嘗試建立起最初步的近視流行病研究成果。在這段時期，全國層級的資料庫仍付之闕如，我們仍然不清楚近視

²⁴ 各國眼科學界的後天機制研究要到 1990 年代後才開始：「由於台灣近視情況嚴重，所以很早就注意到此一問題。而以往歐美的眼科醫師一直認為近視是先天遺傳的問題，但由台灣這三十年近視之變遷，遺傳因素是無法解釋，因而環境因素也是一直被強調著。直到可以利用遮蔽方法使動物產生近視後，歐美才正視到近視可以是環境因素造成的。近來也由於近視問題的全球化、普及化，美國 ARVO（美國視覺光學研究會）也在 1990 年起有正式的專題來探討近視的研究。」（臺大醫院眼科部，時間不明）。


及其風險行為的分布與流通：「例行的」學校檢查資料尚未妥善動員，學術調查仍然是孤立無援的「例外」，臨床上的統計也只有台大醫院的資料（參考表四）。然而，政府與學界於 1980 年代開始推動了一系列視力流行病學調查，這些調查是後來許多政策與學術判斷的重要依據：他們一面批判並設法超越過去師大衛教系研究的侷限，一面慢慢確立以環境為首的解釋途徑。因此，該資料庫的建置是奠定「學校近視」的指標性事件，官方與學界正式承認了這項問題框架，並建構起足以提供後續檢討的知識依據。

表格 四。1979 年度台大眼科門診眼睛疾病種類分布



資料重製自林隆光、洪伯廷（1980: 90）。林隆光等台大眼科的醫師，曾經整理過 1979 年整年度的眼科初診，並分析了當年度各種眼睛疾病的種類分布情形。由圖可見，極可能屬於近視的「屈調異常和眼疲勞」一項，高達 3830 次，占了將近三成的比例，是臨床上最常見的情況之一。

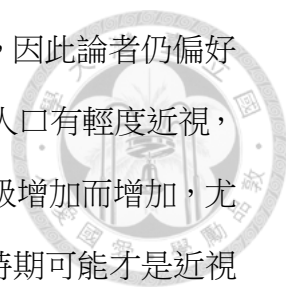
首先，臺大眼科、台大公衛研究所與衛生署在行政院衛生署的經費支持下，於 1983 年開始執行「全國性學生視力調查研究計畫」，嘗試建立更具有可信度的基礎調查資料庫。相對於 1960 年代以師大衛教系為主要的研究，這系列的調查在方法上更謹慎、旨趣更自主。他們注意到過去的研究「檢查方法與判斷標準並不一致，樣本選取頗為特殊，一直沒法說明全國性各級學生罹患近視的現況」（行政院衛生署、研考會、臺大醫學院 1983：1）。因此，這次的調查在每一年級篩



檢男女各 150 人，並使用分層系統集團抽樣，於台灣省、台北市與高雄市合計抽取 16 所學校，每所學校抽取 25 人。每年級共抽取 600 人，總共 9900 人。之後的人數雖略有差異，但大致維持同樣的方法。同樣地，視力檢查法也不再由衛教系的師生進行，而是由眼科醫師林隆光進行屈折率檢查（即前述的客觀法，使用網膜鏡觀察受檢者眼部），並由台大眼科的研究助理進行視力表篩檢（即前述的主觀法）。所有受檢測的學生，通通都經過「睫狀肌麻痺劑」點藥處理，以去除向來受到醫界懷疑的「假性近視」。不過，首次的報告為求有效而經濟，每年級學生「其中一半隨機分配於視力表篩檢組，另一半則分配於屈折率檢察組」，得出的數據分開計算，第二次以後才通通統一進行屈折率檢察。最後，也將調查結果進行平地鄉、山地鄉的比較，並比對其他國家的數據（林隆光主持 1982）。

其次，研究者也企圖比對不同族群或種族的近視，以協助釐清近視與環境、遺傳之間的關係，而不是只考察「學校近視」。儘管這類研究常常受限於樣本數的問題，而難以進行推論。1985 年 4 月下旬，臺大醫院眼科也和衛生署合作，派遣五名眼科醫師和助理小姐三人到蘭嶼，調查「雅美族」（當時文書稱呼）的眼睛屈折狀況，想理解種族、環境的作用。他們的理由是：「偏遠離島地區以蘭嶼地區保有最完整的原始生活型態」。調查規格如同 1980 年代在本島開始的全國分層抽樣調查，甚至為求種族比較而調查「沿途四所山地國中」的「平地生」、阿美族人、卑南族人、布農族人、泰雅族人、賽夏族人與排灣族人。研究發現蘭嶼人視力比本島其他原住民族更佳，但和平地人一樣，都會隨學業成績高而增加近視比例。由於樣本不足，故該研究沒有進行更深入的統計分析，無法確定「…同樣的用功讀書，在不同種族中是否會有不同的影響」（林隆光主持 1985）。這份蘭嶼研究和日本時期的高砂族調查旨趣類似，但族群比較的調查在「學校近視」的問題框架下，始終沒有大幅發展的空間。

進一步，在初步累積國內的資料以後，這一系列的調查也開始更有系統地指認視力變化的關鍵年齡層、區辨因素之間的重要性順位：這批報告開始注意到幼



年人口的用眼行為，但由於國中階段的視力惡化人口比率較多，因此論者仍偏好環境因素甚於遺傳因素。首先，報告發現幼稚園兒童就已有 5% 人口有輕度近視，因此懷疑電視和幼稚園教育的影響。其次，由於近視比率隨年級增加而增加，尤其在國中階段每年約增加 10% 人口，因此，報告主張高中升學時期可能才是近視增長的關鍵期。第三，由於報告中使用城鄉地區比較，論者認為環境因素較遺傳因素重要，儘管還無法確認哪項環境因素最關鍵。最後，報告懷疑近視是個多因子的機制，因此單方面的實驗未能奏效：「像綠色教室實驗、課桌椅的調整、遠視運動等等，可惜到目前為止，仍然未發現獲證實這些努力是有效的」（林隆光主持 1983：65）。因此，延續過去的提問模式，這份報告雖未直接論證廣泛的近視是由升學教育所致，但仍堅定地視之為可能的因素。眼科醫師們也感嘆起近視衛生教育的兩難：「在升學主義盛行的今日台灣，要青年子弟多讀書，又要他們不行近視，真不是件容易事」（台大醫學院、衛生署 1987：2）。

總之，由台大眼科主導的全國性調查報告，開始以方法上更嚴謹的研究設計，建構臺灣的近視流行病資料庫，並逐步確立以環境為主的解釋方向。雖然，這時的研究仍不敢輕易斷定學生近視究竟與升學教育、教室的物質空間等有無因果關係，但仍然能通過統計上的年齡層與地區的相關比較，來確認環境因素上的相關。相對地，遺傳方面的研究則沒有太多的投入。除此之外，這時也開始注意到幼稚園兒童的視力情形。大體上，在「升學主義」的解釋方向下，我們仍能觀察到「學校近視」的問題化框架。

五、小結

本節分為四個小節，嘗試說明「學校近視」的問題化過程，也就是這項認知框架的形成條件與過程。本文在第一小節討論並對比這兩種視力檢查的方式：學校內的視力檢查很早就成為健康業務中的例行公事，可惜資料上並沒有持續的累

積。學術調查則是健康業務中的「例外」，即便研究設計仍有極限，但能持續累積並和後續的研究進行比較。「學校近視」就是在 1959 年的研究中初次出現。

本文在第二小節回到當時教育場域憂心的問題。一方面，國小升上國中的「惡性補習」幾乎可以用來解釋任何不可欲的現象；另一方面，教室設備的供應跟不上教育機會的擴展，也使得包括照明與課桌椅等物資，成為教育界關注的焦點。「學校近視」恰好可以呼應這些既有的提問，在因果的解釋上和實質的介入上，提供了施力點。日後的近視權力部署，以這個特定環境(milieu)為中心發展。

在第三小節中，本文嘗試描繪學校近視與營養不良兩類論述的競爭關係，師大衛生教育學系的那玉醫師提倡營養解釋，然而始終孤立無援。相對地，「學校近視」的論述則有強力的眼科醫師國內外社群支持，也很早就納入了政府方面的行政力量。

本文於第四小節說明 1983 年流行病學資料庫建置的意義：「學校近視」的問題框架在此時成為更加正當的說法，台大的眼科醫師力圖超越師大衛教系的既有侷限。處於「學校近視」框架外的蘭嶼研究和營養論述一樣，在整體知識生產的空間中相對孤立，沒有激發出後續更多的討論或政策。我將各種解釋取向整理為下表五。我發現，近視解釋的路徑漸漸封閉，使得學校歸因獲得優勢，甚至成為日後的主導性常識。

表格 五。近視解釋的各種可能性。

解釋種類	基本主張	支持網絡	發揮的效果
「學校近視」	近視的風險因子是學校設計不良的教室空間，以及時間延續過久的讀書或補習時間。	師範大學衛生教育系、教育廳與台北市教育局、台灣大學醫學院眼科、國際眼科學界的日本學者。	最早在 1963 年受到台北教育廳採用，後來持續配合教育改革的器材翻新、根絕惡性補習等措施。


			全國流行病學調查以學生為中心。
營養不良	近視的風險因子是缺乏維生素 B，因此讓患者出現視力衰退。	依據東北戰爭時期和戰後軍中臨床經驗的那玉（在師大衛教系任教的眼科醫師）。	那玉曾在 1950 年代的軍中推行補充維生素的營養食物。
基因遺傳	種族與生活型態都可能決定近視盛行率	嘗試驗證該假說的台大眼科研究計畫（1985 年）	呼應過去高砂族研究的蘭嶼近視調查。

第二節 「學生視力保健」的治理部署建構：軍事需求、升學主義與專業鬥爭

政策的歷史敘述容易非意圖地窄化過去的可能性，讓本文前述的「學校近視」問題框架，順利地從學術報告走向了政策文書，使得歷史過程失去了偶然、機遇的面向（柯志明 2012）。例如，1980 年的「加強學生視力保健重要措施」是台灣史上第一項針對視力健康的全國性政策（詳見本文第二章），該份政策檔案的開頭，如此交代政策由來：

近年來，由於科技發達，社會繁榮，印刷資料之閱讀日增，視聽器材之使用日廣，因而國人視力異常情形日趨嚴重。其中尤以學生近視為甚，若不設法研究其發生原因，研擬防治方法，則學生視力健康將大受影響，爰遵照院長指示，檢討現況，並提出改進措施（臺灣省政府 1980：3）

引言中的文字，明確指陳了學生近視的現象，並嘗試同時採用科技與社會的變化，來解釋為何國民的視力異常越來越普遍。類似地，台灣教育發展史料彙編



在介紹視力保健的推展情形時，也先援引前述台灣大學 1959 年的研究、師大衛教系 1968 年的調查等資料，指認學生廣泛近視的現象。接著，這段歷史敘事，馬上就將焦點轉向政府官僚的回應：「教育部遵照指示，經四次邀集有關單位及專家開會研商，從醫學、衛生教育、照明等著手擬訂『加強學生視力保健重要措施』草案」（臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984a: 372）。從調查指認出問題，到政府開始反應，往往曠日廢時，不會如同上述文字顯示得那麼順利。因此，相對地，本文希望從重視歷史偶然與複雜的觀點，重構出近視治理部署成形的過程。

由研究發現到政策實現的轉換，必然涉及一系列的偶然事件、無法完全由研究成果證成的特定決策，以及「不足為外人道也」的檯面下鬥爭。延續前一節對於「學校近視」問題化的討論，本節首先將討論軍事人力的中介如何引導行政部門的關注，藉此釐清研究如何轉化為政策。其次，我將說明學生視力保健政策的內部分工與介入技術，探討惡性補習與升學主義等問題框架，如何實際地結合近視介入策略。最後，我將再回到專業之間的管轄權角逐，以便澄清學生視力保健工作的實作侷限。

一、軍事人力需求的警報：促成政策形成的偶遇事件

本節將討論軍事上對國民視力的要求，如何促成「學生」視力保健政策的成型。就算「學校近視」是相對有主導性的問題框架，但仍然有其他框架存在，視力問題無法通通化約到「學校近視」之中。臨床上的豐富初診經驗無法直接引發政策，醫療專業即便設法呼應既有的教育問題，也不必然能直接指揮政府作為。相反地，我們必須找到不同行動者之間之所以能合作的契機。簡言之，在學生族群廣泛的近視之下，越來越少人能符合軍事上的視力要求，使得國防部與行政院等高層行政單位，陸續注意到近視在國中、小流行的問題。這項焦慮經由行政院


的轉折，再度回到教育部，與原有的「學校近視」問題框架匯合，使得行政院部會於 1979 年開啟了一連串的政策研擬會議，並於 1980 年推出舉世罕見的近視專門政策。總之，我將在本節討論軍事上的焦慮，如何反饋學校近視的問題化，促發全國性政策的誕生。

「視力」一直是國家篩選兵源、警力的重要判準，甚至部分公務人員也有晉用上的視力要求。依據邱大昕（2012: 24-28）的整理，台灣歷史上最早有視力標準的職業，是日治時期台灣總督府的看守人員。中國也在 1912 年訂立了警政學校的視力標準，1914 年開始採用 Snellen 視力表，訂立陸軍的體格檢查規則。在來台以後，甚至陸續訂立了引水人員、公務人員、理髮美髮美容從業者、爆竹煙火製造人員、鐵路行車人員的規定。雖然這些規定的嚴謹程度不等，但我們可以發現，公家單位對視力有一定程度的要求，視力也有公共或職業上的意涵。直到今天，軍事人員也一直保留了視力相關的體適能規定，並以空軍的標準最為嚴格。²⁵其他兵種的標準歷年來略有更動，但大致上仍要求役男的矯正視力不能太低，以免無法應付現代戰爭與武器的需求。²⁶

因此，在 1970 年代末期，隨著學生視力不良的比率愈來愈高，國防部與行政院也開始擔憂軍隊中的人力招募問題。首先，行政院長與教育部長曾在 1979 年前往成功嶺視察大專生新兵。這件事不但得到當時媒體的大量報導，也能解釋為何這項計畫由行政院交辦。在當時的討論中，論者也傾向用前述學校近視的問題框架，來理解大專生大量近視的現象：

²⁵ 隨軍種不同，視力標準也會有所差異。一方面，就軍校和官校來說，目前在規定上最嚴格的類別，是各個軍事院校的航空組。飛行生必須將兩眼的「裸視」視力維持在 0.8 以上，曾經實施過角膜手術者也不得報考這個類別。相對地，其他類別只要求兩眼的矯正視力有 0.8 以上即可。由於判準是矯正視力，因此軍方也額外規定包括散光在內的配鏡度數也必須維持在 600 度以內。相關資訊參考自國家人才招募中心網頁，網頁詳見參考資料。

²⁶ 一般的軍人的視力要求則相對低。依照目前規定，常備役要求裸視或矯正視力達到 0.6，散瞳後的屈光度在 1000 度以下；免役體位則需要 0.1 以下的矯正後度數，以及超過 1100 度的屈光度；替代役體位則在這兩者之間。參考自內政部役政署的體位區分標準，頁 72。網頁出處詳見參考資料。



行政院長孫運璿與教育部長朱匯森去年訪問成功嶺時，發現大專集訓學生近視的比率高達百分之八十，這個數字乍聽之下也許令人難以置信，但從北市教育局與衛生局對六十七學年度公私立國小學生所做的視力檢查結果看來，百分之八十確實是可信的。[……]一位教育界人士為這種現象所做的解釋是，市區學童家庭生活水準高於郊區學童，因此發育情況較好，長得又高又壯是必然現象，私立學校學童一般家境都比較富裕，營養發育比公立學校好也是正常的，可是，他們的家長對子女升學的期望也較高，在升學壓力下，這些學童的「靈魂之窗」往往就被破壞了。(聯合報 1980)

1980 年前後，行政院長即開始交辦教育部，研擬學生視力保健的計畫(聯合報，1979)。教育單位在 1970 年代起，就已經和師範大學衛生教育學系合作，進行了一連串的學生視力調查。擔任行政院長的孫運璿也曾將 B 型肝炎和學生近視並列，認為它們是當時的主要公共衛生議題(聯合報 1986)。可見，如果沒有這類事件的中介，學生視力保健未必能形成全國規模的政策。當時的論者相信近視最嚴重的族群，是得到最多升學期望與資源的「都會地區富裕家庭的學生」。私立學校由於比公立學校更不受教育主管機關管束，因此私立學校學生又可能承受了更多的升學競爭，因此也可能有更廣泛或嚴重的近視。官員與專家回溯童年的生活條件，以便解釋日漸廣泛的大專生近視現象。

其次，當時的官員也認為這次視察在公務機關的運作中，扮演了推動者的重要角色。換句話說，這次視查是在地人眼中的關鍵事件。視察本身無法提供任何科學證據，但大批近視大專生新兵的景觀仍衝擊高層行政官僚，讓教育機關和眼科醫師的近視關懷更可能得到他們的承認與支持。我訪談了 1980 年開始於教育部體育司任職的官員吳仁宇先生。吳仁宇畢業自師大衛生教育系，1979 年才剛從衛生所轉任到教育部體育司。根據他的回憶，行政機關之所以在 1979 年前後強力推動視力保健政策，這次視察功不可沒：



當時為什麼教育部要推動視力保健，就是因為當時教育部跟國防部的部長，在那個成功嶺，看到那個大專生受訓的過程，我相信你這個資料你大概看過，所以就覺得一定要去做這個事情。所以當時的政策是從上而下的。

也因此，儘管「學校近視」的框架主導了政策與學術研究，但仍有部分研究探討了軍隊的視力狀況。如張嘉平與謝欣然（1980）呼應了國防部對軍隊人力的焦慮，並懷疑近視的年輕人多到足以影響各軍校的招生率。但在現象的理解上，他們也主張後天因素影響較大，並發現軍校生很少看電視，而且營養良好，因此排除這兩種可能。他們收集的資料是空軍官校和中正預校兩所軍校的體檢視力資料、照明、教材字體、印刷、紙質、排版空間等，但發現這些因素大多符合國立編譯館的標準，因此都不足以當成風險因子。作者也提到美國海軍官校與西點軍校數十年前就注意到這個問題，並全面改善學校環境。從這點來看，「學校近視」的框架確實也體現在這類軍人的視力研究中。

由於兒童視力問題可能危及未來軍事上的人力需求，行政院介入了這個議題，協助促成學生視力保健計畫。「學校近視」並不是唯一的問題框架，軍事上的體格標準也涉入了本文討論的現象。具體來說，這起事件是行政院長視察成功嶺上的大專生新兵，注意到這批士兵的體檢成績在視力上並不理想。事後觀之，這項政策也的確是在沒有太多基礎調查與措施的情況下，由中央政府開始向下級機關推行。總之，「學校近視」的框架雖然佔主導性的地位，但也有其他制度的問題呼應，才有辦法快速獲得中央機關的承認與支持。



二、從「學校近視」到「升學主義」：結合健康與教育的治理部署

上一節嘗試說明了政策發動的過程，本節則將焦點放回視力保健本身。本文在此將探討「學校近視」的框架如何體現在視力保健政策之中，並進一步結合所謂的「升學主義」，形成特定型態的治理佈署。事實上，從 1986 年至今，視力保健的相關政策文書言必稱「**升學主義**」，持續使用這個 1950 年代以來就出現的用詞，用來描述追求升學而產生的各種亂象（黃春木 2013）。本節將嘗試分析 1980 年的「加強學生視力保健重點措施」、1982 年的修正措施與 1986 年的第二期「加強學生視力保健重點措施」等後續的子計畫，說明其中健康與教育相互交織的治理部署。

首先，1980 年的政策仍將各種因素歸納成生理與環境兩大類，並著重**缺乏保健知識**而來的錯誤習慣：家長與學童慣於長時間用眼。因此，我們必須由上而下地推廣衛教宣導與教育研習，來對抗這個既存的條件。在生理方面，文件提到遺傳、眼睛病變與營養不良等，但沒有詳細說明。在環境方面，則羅列了生活空間大小、用眼活動的距離（閱讀與看電視都算在內）、姿勢、光線、字體或印刷問題等。這些因素會使得「**長期勉勵近方用眼**」，使得眼睛產生器質變化，形成近視。然而，解釋的關鍵環節是「除先天性的遺傳及環境照明因素外，多數由於家長或教師缺乏視力保健知識，且未能切實輔導兒童保護視力所致」（臺灣省政府 1980）。事實上，1982 年的「加強學生視力保健重要措施」甚至主張最主要的阻力在於：「尤其社會風氣重視文憑及升學主義，且聯考制度行之有年，學生及家長認為考取學校比維護學生視力重要，觀念難予改變」（臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984b：562）。衛生教育或醫學出身的決策者，對於基層教師與家長的衛生保健知識頗有疑慮。因此，自從 1980 年代開始，政府開始運用各種大眾傳播媒介的宣導、提供教師與家長之用的保健手冊、基層護理與教職人員的研習會。在分工上，教育部擔任主辦單位的角色，由衛生署、新聞局、以及

師大衛教系與台大醫學院等兩組專業團體協辦。衛生知識教育有助建立起這一系列的社會關係，讓治理更可能深入以往無法企及的地方，也讓當事人有能夠依循的原則。

其次，在知識或觀念面之外，政府也採用更物質性的**空間設備改良**，結合同時期的教育發展計畫，期望靠物質上的部署來「引導」學童的用眼行為。如前所述，就「量」的面向而言，配合「發展與改進國民教育五年計畫」（1982年後改為配合「發展與改進國民教育六年計畫」），照明設備與課桌椅的更新有了著落，政府也增加編列了照明所需的電費預算。就「質」的面向來說，政府要求中小學校依照學生身高，調整桌椅高度；同時也訂立了桌面和粉版的照度標準（分別是 200 與 350 燭光）；政策也期望能偕同國立編譯館，配合既有的教科書印刷標準，加強督導出版商產品的字體與紙質。此處的權力運作有其「生產性」的面向，不只是純粹地訂下禁令，也是希望學生能「更好」地使用眼睛學習、考試：學生當然要繼續讀書，但我們同時要降低視力方面的損害。

第三，1982 年的修正政策新添了一個措施，並保留到 1986 年的第二期計畫中：政策的預防措施多了「貫徹正常教學」的項目，**控制近距離用眼時間**。這項措施配合教育部的「加強輔導中小學正常實施要點」進行。也就是說，這項規定要求中小國小確實依照課表上課，而不是安插考試或添增補習時間，如夜間補習等。此外，也鼓勵學校確實執行課間操或其他戶外活動，甚至希望限縮高中招生的命題範圍。這個項目的用意是盡可能減少長時間的近距離用眼，繼承過去惡性補習的批判，力圖去除過多的校內外補習活動，因此稱為「貫徹正常教學」。在類似的精神下，該政策也開始期待深入幼稚園教學，避免幼童在這個階段就開始學習寫字（臺灣省政府 1986）。在這時的計畫把消滅「升學主義」當成長程目標，「教育部仍應不斷檢討改進教學及考試方法，期能從根本上消除造成近視之因素」（臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984b：564）。時間上的調整，也鼓勵師生更明智審慎地使用眼睛學習。不過相較之下，前兩個項目並沒有直接挑戰或

批判升學補習活動，但「貫徹正常教學」更明確地突顯了教育要求與視力保健之間的張力。

第四，1982 年以來的政策也期望醫院能夠配合學校，設立了專門的門診，並在 1986 年開始確立眼科的「複檢」機制。事實上，1980 年的政策只有提醒各級學校與政府機關需指定專人負責學校衛生工作，並設法充實護士編制；但到了 1986 年，政府更進一步由衛生署協調設有眼科部門的醫院，成立「學生視力保健特別門診」，並在教學醫院成立「視力保健中心」。特別門診的任務，是安排益發增長的視力不良學生，能夠在學校的檢查發現後，進一步集體預約應診，確認到底有哪一種類型的眼睛異常。根據我對前體育司司長吳仁宇的訪談，當時的門診設立在周三與周五下午，方便小學學生及其家長參與。不僅如此，政府甚至也研擬夜間與其他課餘時間的特別門診，期望讓應診更加容易。教學醫院中的視力保健中心，則擔負起相關業務的諮詢、教學與研究工作，同時也開辦門診來分擔壓力（臺灣省政府 1986: 10）。²⁷除了學校內相對非醫療化的引導，醫療體制也以規格外的編制，對近視的學生人口發起醫療化的監管與介入。²⁸

最後，衛生署高層在出國考察日本與新加坡的作法後，仍決定延續過去「學校近視」的定位。因此，國外的行政機關也構成了支持現有作法的網絡。依據考察成果，衛生署長在報上宣稱日本、新加坡的學童近視問題和台灣一樣，主要來自升學壓力（聯合報，1983）。師大衛教系的李叔佩（1979）和國教司長毛連塢也呼應該措施。李叔佩提到自己曾在教育部會中提出幾點建議，如針對升學補習改進聯招方式、期待制度上訂定學校衛生法和針對這個問題的委員會、並在學校衛生法中細緻規定「視覺環境」之保護，「如書本紙張的反光，教科書字體的大小，課桌椅的適當與否，教室照明以及電視的正當使用等等」。相對於李叔佩多考量

²⁷ 1982 年起，台北市立中興、仁愛、和平、婦幼，高雄市立民生、臺灣省立的台北、桃園、台中、嘉義、旗山、花蓮與基隆醫院都已經設立特別門診。

²⁸ 甚至有論者將近視與同時期的 B 型肝炎相提並論：「近視與 B 型肝炎是國人健康的兩大公敵，罹患率且均居世界冠軍；昨天，有關方面與法國簽約合作生產 B 型肝炎疫苗，而台大醫院的『學生視力保健中心』也正式開幕，對這兩大疾病發動空前強大的攻勢。」（聯合報 1984c）

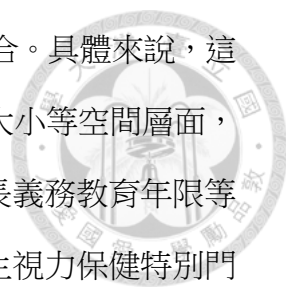
了電視，國教司司長毛連瑩（1979）仍務實地從自己所負責的學校面向著手，並不特別另外尋求其他可能的解釋與介入措施。雖然專家開始反省到近視不只是個學校環境的問題，但政策上還是以學校近視為基調。

然而，依據 1983 年流行病學統計，小學階段仍有大量的近視人口，因此在政策的修正會議上，政府宣布要聚焦在「學生」這個介入對象，沒有直接擴及「全民」。根據教育部在 1981 到 1984 年之間的統計比較，官員發現台灣省的國中小學的視力不良都呈現遞增的趨勢，只有台北市的國中小微幅減少；在高中的層次，則是台灣省微幅下降，台北市和高雄市則遞增。制定這份計劃的會議也進行國際數據的比較，發現日本和新加坡的視力不良比率並沒有台灣這麼高，但政策措施也沒有太大的差別。²⁹在這種情況下，政策只好「暫時」限定介入的對象。殊不知，這個「暫時」一直延續到筆者寫作的 2017 年：

本案教育部所研擬者係以學生為對象，衛生署所研擬者以全民為對象，雖各有其特點，然重複之處甚多。六十九年間本院曾核定「加強學生視力保健重要措施」，執行四年以來成效未著，如再擴大以全民為對象，恐收效更難，故仍以先辦理學生之視力保健為主題。請研考會邀集教育部、衛生署研討，先就可能之環境原因提出具體防治方法報院。（台灣省政府 1986）

總之，從歸因方向與執行單位來看，1980 年的視力保健政策在衛教知識的宣導與研習上，明確表現出前述吳仁宇所謂「由上到下」的性格：官方的解釋強調學校教學的環境因素和「升學主義」的集體心態，干預策略是前述的衛教宣導與研習、時間面的「正常化教學」、空間面的「視覺環境」，並配合日益擴大的專門醫療

²⁹ 例如，日本沒有直接處理視力不良的政策，而是納入各級學校的保健工作，並頒布教科書印刷、課桌椅和學校環境（包括教室照明和檢查方法等）的法定標準；新加坡衛生部也把學生視力保健當成整體保健工作的一部分，具體作法是每年的定期視力檢查，視力不良者則要到醫院或特定門診處複檢，甚至通知家長協助配戴眼鏡（台灣省政府 1986: 9）。台灣的主管單位吸收了這些措施，運用到本國的視力保健政策中。



檢查制度。早期的保健政策經常與教育政策攜手並進、相互配合。具體來說，這些措施包括改進課桌椅、燈光、黑板、印刷品紙張、印刷字體大小等空間層面，也包括調整教學時間、批判「惡性補習」與「升學主義」、以及延長義務教育年限等時間面向。在學校空間之外，也要求各大醫院配合，設立「學生視力保健特別門診」。即使出國考察其他有類似議題的國家，政府也沒有放棄原有的框架。總之，在 1980 年，「學校近視」的問題化框架專注在學生身體與校園時間與空間條件之間的關聯，後來更緊密結合「升學主義」的治理理性，防治的方式則是以學校改造為中心，並配合醫院的特別門診，將介入對象牢牢限定在國小學生上。

三、視力保健的管轄權鬥爭：驗光配鏡與衛生教育

我將在本節分別兩個面向，討論近視治理部署中的醫療專業管轄權，藉此鋪陳視力保健計畫的實作境況。所謂的管轄權（*jurisdiction*）指特定群體對於某項工作的正當控制，特定專業的管轄權尚有相應的各種受眾，以及管轄權所引發的協定（*Andrew Abbott 1986*）。一項治理部署也需要專家團體的配合，才可能在社會中推展各項實作。管轄權概念能突顯特定業務上的專業競逐，引導我們觀察治理部署中的鬥爭關係，而不只是官方制定的一系列計畫。

本節將運用這個概念，討論視力保健計劃的兩項實作困難。首先，眼科與眼鏡商業在視力保健計劃出現的 1980 年代前後，持續為了驗光與配鏡的管轄權而競爭。就業務的分工來說，近視的矯正手段以配戴眼鏡為主，配戴眼鏡之前則需要重新驗光，確定眼睛的屈光度等資料。理想上，應該要由眼科醫師驗光，再通過處方，供眼鏡業者協助配鏡。然而，實際上許多家長傾向直接在眼鏡行解決一切程序，眼科醫師相當排斥這種行為，主張錯誤的配鏡反而會傷還眼睛。雖然眼科醫師經常進入政府部會中，進行建議甚至政策研擬，但 1980 年代的眼科醫師人數並不足以供給數百萬計的近視人口。因此，眼鏡商業在分工上與數量上，往

往更具優勢，足以及在職業地位相對較低的條件下，持續與眼科醫師爭奪驗光與配鏡的管轄權。近視治理不是鐵板一塊，反而蘊含了專業團體之間的分化與爭議。

另一方面，前述的視力保健計劃非常在意衛生保健知識的宣導與研習，那麼，這些知識的實際內容是什麼呢？理論上的理想行為，如何在實作上的特殊情境中實現呢？本節第二部分將討論衛教理論與教育實作的張力。實際上的用眼行為，遠比抽象的宣導來得繁複。衛生局的人員以及實地的訪視報告，顯示既有的衛生教育策略，仍然有其極限。尤其如各種器材、姿勢與照明安排，都必須考量到特定地區與特定學校的情況，現場人員認為這些因素實在難以一概而論。「由上而下」的治理策略固然有統一、全面介入的優點，也有錯失個別特例的疑慮——治理權力並非無所不能、無所不在。

(1) 驗光與配鏡的管轄權之爭

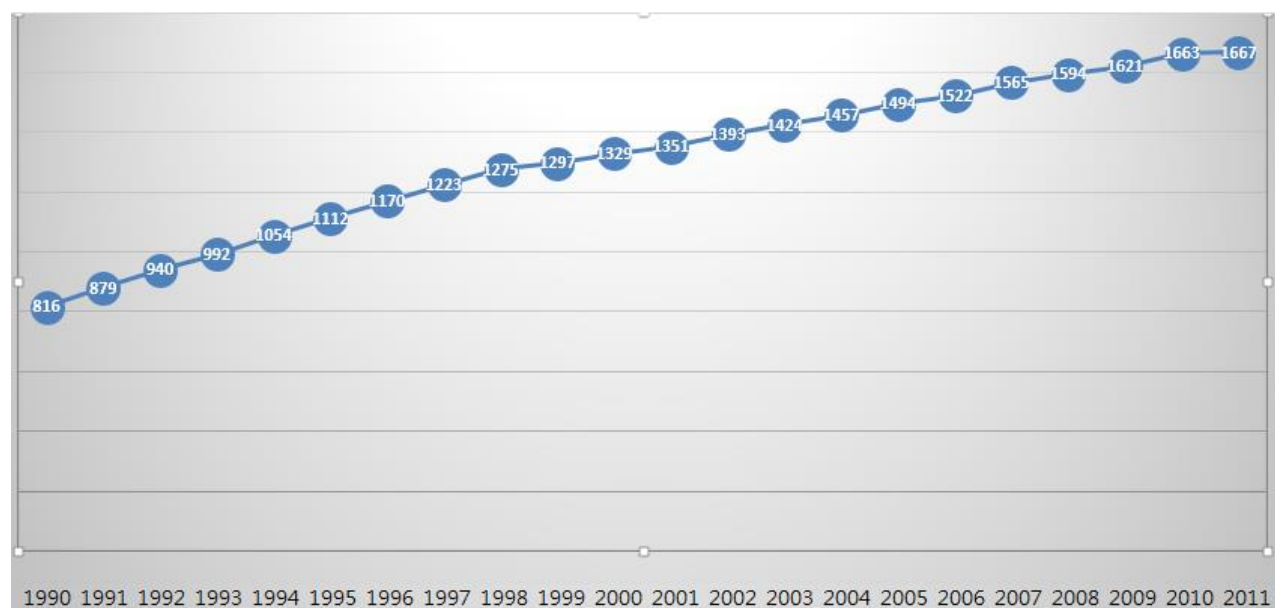
眼科醫師在臨床上的管轄權有兩大限制：內部的人力不足，以及外部的眼鏡商業威脅。這兩個條件，使得職業地位較高的眼科醫師，即便更常進入政府決策機關諮詢，壟斷關於近視的理論知識，仍無法在實作上掌控近視保健的整套實作流程。相對地，眼科行業雖然直到 2016 年才開始取得嚴格意義下的職業證照，但由於數量上的優勢，以及掌握了驗光與配鏡的技能和技術，仍然有辦法和眼科醫師爭奪驗光與配鏡的實際管轄權。³⁰

首先，由**內部人力**來看，眼科自身能提供的人力有限，而且也未必願意全力配合。根據行政院 1984 年的實地考察報告，當時登記在案的眼科醫師只有 329 人，護理人員約 1200 人；人數不多而且高度集中在北部地區，各醫院的檢查和

³⁰ 本文無法深入探討視光師的專業化過程，視力保健政策的研擬，也長期沒有眼鏡業者的直接參與，因此本文並沒有一路追溯這個專業化的歷程。在視光證照方面的討論，請參見洪瑞連（2004）與陳惠伶（2009）。此外，Davidson(1996)也從文化史的角度，討論英國的眼科醫學如何通過盲人慈善與啟蒙科學對眼睛的關注，正當化這門過去與敲詐聯繫的學問。Larkin(1981)也研究過美國視光學和眼科醫學之間的專業鬥爭。

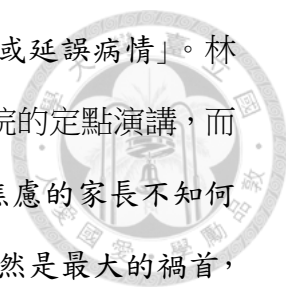
處理手續甚至沒有統一（行政院研考會 1984，參考下表六）。如果採用眼科醫學會 1990 年相對確定的統計，6 年後全國眼科醫師大為增加，但也不過 816 人，每十萬人口的眼科醫師數仍只有 3.98 人（許紋銘 1992）。舉例來說，在人力與物資最齊全的台北市，視力保健門診也會有掛不到號的情形。這種結構性的供應不足，迫使當時的衛生署副署長組織座談會商討對策（聯合報 1984 a）。

表格 六。執業登記的眼科醫師人數。



1960 年眼科醫學會登記的醫師約 80 人，1970 年則約 170 人，1980 年約 320 人。1990 年起，眼科醫學會開始更有系統地記錄眼科醫師人數。下圖 Y 軸為人數，X 軸為年分（改繪自許許紋銘、王安國，2014: 99）。由圖可見，眼科醫師人數在 1990 年代大量增長，增長趨勢直到 2000 年代後，方才趨緩。

不僅是數量上絕對的不足，眼科醫師也未必有意願參與學生視力保健的工作。眼科醫學會設有視力保健委員會，召集人林惠朗曾在眼科醫學會的會訊上發表「建立視力保健網的基本理念」一文，強烈呼籲眼科同行協助宣導（林惠朗 1992）。1992 年，視力保健中心曾發函給眼科醫師，徵詢他們是否願意參加全國視力保健網的策畫工作。可惜，當時只有三成不到的人回函。林惠朗認為有必要向會員聲明這份計畫的用意：「基本的構想是如何促使視力有問題的病人找眼科專科醫



師診療。不要讓他們流落在無照醫師、眼鏡行或藥房中被誤診或延誤病情」。林惠朗醫師主張，眼科醫師不能只靠報刊文章、電視廣告或大醫院的定點演講，而要動員會員到學校中，「那裡就有一半以上視力不良的學生和焦慮的家長不知何去何從」，甚至主張視力保健的問題出在：「教育制度上的缺失固然是最大的禍首，不過錯誤的醫療觀念也難辭其咎。」事實上，眼鏡行、藥水甚至學校「一知半解」的衛生負責人都在林惠朗的批評之列。總之，「從學校開始，只是一個起步，我們的目標是走進社會。教育宣導的內容，也不是只有近視的防治，還有許多眼疾及老人病。」從林惠朗的角度，學童視力保健是眼科管轄權擴張的重要契機，而不是特定而孤立的議題。

管轄權的另一方面，是如何界定**眼鏡商業的曖昧角色**：眼鏡商業究竟是眼科醫師在分工上的「幫手」，還是會因為錯誤配鏡，而淪為視力不良的「幫兇」？分工協調是醫生的理想狀況，政策或醫囑都規定要由眼科醫師驗光，並給予配鏡處方，之後才去眼鏡行購買與配戴眼鏡。但眼科醫師也無法排除相互競爭的可能：如果眼鏡行直接執行驗光與配鏡的工作，那就從分工上的下游，變成平起平坐的競爭者。

儘管缺乏直接的統計調查，但仍有部分醫師相信，不少消費者直接到眼鏡店家配鏡。例如，醫師背景的立法委員吳基福便曾數次宣稱眼鏡行是種「密醫」、眼科與眼鏡行也長期為驗光、配鏡是否屬於醫療行為而爭執不休(聯合報 1981a)。另一個重要的間接證據，是前面提過的「學生視力保健重要措施」實地訪視報告。調查者依據私立長庚醫院的統計，發現配戴眼鏡的學生之中，有八成左右的人沒有配戴適合的眼鏡，需要重新矯正。因此，這份報告認為需要加強辦理眼鏡行的管理以及從業人員的訓練，甚至建議建立驗光師及眼鏡技師的專業證照制度(行政院研考會 1984)。但在正統的作法之外，眼鏡商業仍可能與眼科醫師合作：例如偶爾能觀察到的醫師主動「駐診」，或者廠商在廣告中偷偷使用著名眼科醫師的肖像。連鎖店得恩堂也曾經發函給眼科醫學會，希望可以擔任掛名的贊助單位。

這個提議進入眼科醫學會的議程中，但 10 位理事有 9 位不贊成（中華民國眼科醫學會 1993）。

反過來說，眼鏡商業也不樂見眼科管轄權的一再擴張。如 1989 年，新興且規模宏大的私立長庚醫院設立了配鏡部。在年底的衛生署座談會中，眼鏡業者堅持鏡片、鏡框是商品，醫師日理萬機根本無暇研究這些鏡片，因此反對醫療機構設立配鏡部；眼科醫學會則堅持配鏡是醫療行為，醫師公會全聯會則主張附設配鏡部無須爭議，就和附設藥局一樣；（屬於眼鏡公會的）眼鏡光學會代表則跳開這份對立，主張應該區分醫療配鏡和非醫療配鏡；台北市醫師公會則主張醫師比眼鏡行更容易服務消費者，從病人的需要來看，醫療機構確實可以考慮附設配鏡部；視力保健運動協會則認為「消費者需要售後服務的感覺」，眼鏡行有其存在必要；消基會則呼籲儘速建立驗光配鏡專業制度；經濟部商業司則主張醫療機構已經違法，因為鏡框及鏡片因未列入醫療品，仍然是商品，需要經由都市規劃來決定建築物的利用方式。偏偏這場座談會沒有邀請建管單位參加，討論一時沒有結果（經濟日報 1989b）。這場爭議一路持續到隔年，最後以長庚醫院暫時撤除配鏡室作收。

眼科醫學會堅持驗光屬於醫療，但配鏡方面則予以讓步，認為一般的配鏡未必屬於醫療行為。行政院勞工委會開辦於 1997 年開辦驗光配鏡技術士的檢定座談會，但沒有邀請眼科醫學會，遭到眼科醫學會嚴正抗議。眼科醫學會主張驗光屬於醫療，理由是近視不只是單純的光學問題（「屈光不正」），而是多重因素導致的綜合病態，有待深諳眼睛生理組織的眼科專業醫師診斷。驗光可能牽涉到其他眼睛疾病，如斜視、弱視、角膜或視網膜病變與青光眼等等。相對地，配鏡純粹使用光學儀器和試鏡架，配鏡者「則只替病人，或顧客，選擇合適度數的鏡片，配上美麗大方的鏡框，讓顧客『看』得滿意」（中華民國眼科醫學會 1998）。主管單位主張，配鏡本身不涉及眼球生理，因此還不算是非醫療行為，只需要制定「磨鏡配鏡士」即可。儘管如此，眼科醫學會仍在公文中抱怨，沒經過眼科醫師的

詳細檢查與正確診斷，很可能危及視力保健的工作。眼科醫師對這點大加調侃：

眼鏡行所謂「五十年來何嘗有驗光配鏡造成傷害事件」的說法，更是有如駝鳥般的說詞。相信每位眼科醫師均可舉出不少學生在校檢查視力不良，直接到眼鏡店配件，而眼鏡從業人員未能讓小朋友眼睛放鬆，「驗光」結果常配出度數太深的眼鏡。（中華民國眼科醫學會 1998）

不過，讓步有其限度：眼科醫師強烈主張隱形眼鏡的驗配都是醫療行為，臨床管轄權上的競爭直到 1990 年代都還存在。在 1990 年代中，擔任屈光隱形眼鏡委員會（眼科醫學會內部組織）的丘子宏醫師，發現眼鏡商業自行配隱形眼鏡的情況大有人在，認為專業不敵廉價的誘惑，發現自己的病人：「下一次又帶著一付劣質的隱形眼鏡，紅著眼睛來看你，真是令人為之氣結」。丘子宏也提到：「要知道目前眼鏡店數目數千，從業人員十數萬」，政府根本無法強力禁止眼鏡店的驗光配鏡工作，甚至發現眼鏡業者的組織「全國眼鏡光學委員會」尋求立法委員幫助，期望廢止驗光配鏡的醫療地位。由於眼鏡業者的組織數較多，在座談會等場合發言總佔盡優勢。因此，眼科醫學會後來也相應地設立了防盲學會和屈折驗光學會等子組織，用來增加會議中的發言人次（洪伯廷 2002）。

總之，受限於內部人力的缺乏與外部眼鏡商業的競爭，1980 到 2000 年代初的眼科醫師，實際上的管轄權並不徹底，眼鏡商業仍有生存的空間。內部人力的缺乏，不只是總體數目的絕對不足，也有相對性的意願不足。在這場管轄權的鬥爭中，眼鏡商業雖然沒有得到官方的直接承認，仍在這個時期的協商中，迫使眼科醫師承認一般的配鏡不是醫療行為。



(2) 衛教理論與衛教實作的張力

本節將進一步探討另一個軸線的實作困難：衛教理論與現場實作的張力。教育現場有自成一套的邏輯，衛生教育再完善，有時也無法成功實現。換言之，衛生教育的管轄權在教育現場也會碰上阻礙。本節將分三個部分，說明這份張力。第一，衛教宣導的具體行為，在執行上未必能構成方便操演的標準。第二，即使就照明設備與課桌椅來說，也會受限於各學校、各教室與個別學生身材等條件，而無法達到理想狀態。第三，相對地，推動政策的學者，則嘗試拉高近視解釋的抽象層次，來化解上述具體因素的挑戰。

首先，**醫學理論和衛教實作**相互對立：並不是每個細節都已經受眼科實驗證實，沒有人能保證理論上的正確作法，在實作上未必能充分推展。例如，國中老師許金雄（1986）發現台北市教育局率先推展「視力保健操」，但這個活動「近兩年來，卻淪為運動會或體育表演會的『展示品』之一，到底『視力保健操法』是否有成效，當應用各數字來表示一下，證明它管不管用」。許金雄也發現有些國中的老師因為忙於教學或訓斥學生，而根本無暇管理視力保健的問題；教務處自己的印刷品質，往往比外面補習班販售得更加低落；許金雄也曾目擊其他學校讓學生面對太陽升旗，沒有把這些視力保健放在心上。在政策推行過程中，也有不具名的教育界人士坦承，在升學壓力的陰影下，學童不斷考試、唸書，照明和保健設備再怎麼良好也無濟於事（聯合報 1984b）。

事實上，這些批評早在政策推行前，就已經有若干先聲。如台北市衛生局的科長林武雄（1979）激烈懷疑升學競爭與惡性補習等「學校近視」的說法。他先列舉了更具體而直接的原因，如閱讀過多、讀物本身、採光、桌椅、姿勢、時間甚至營養等，還有不找醫師而自己去眼鏡攤、電視普遍、生活空間狹窄等。林武雄進而從實際參與干預的經驗，質疑過去沒人挑戰到的預設：「惡性補習只是表面的原因…要想藉惡性補習來解決近視問題，恐怕不是根本」。林武雄甚至更激進

地懷疑前面提過的種種因素，懷疑流行病學的調查無法樹立具體的衛生教育準則：

迄至目前，國內上沒有人做過如此深入的研究，以前所做的，大多是一些視力調查的流行病學或盛行率研究而已，以致我們只知道近視的學生都市比鄉村多，私立小學比公立小學多，升學班比非升學班多，如此而已，為什麼患近視的人會扶搖直上地增多呢？還是缺少進一步的研究。其他，例如閱讀多久需休息及休息多久最適當？閱讀姿勢不良的影響如何？這些問題都沒有實驗的數據。

其次，照明設備與課桌椅等物質條件，雖然配合教育發展計劃進行，但仍然無法達到理想的個別設計。依照學生視力保健政策的實地訪視報告，照明與課桌椅方面的規定，都還有進步的空間。就照明來說，即便是同個學校，不同的教室有程度不等的自然採光和室內挑高。如果硬性規定所有教室都要達到前述的標準（桌面 200 燭光，粉版 350 燭光），採光好的教室容易造成電費浪費，屋頂高的教室則會讓燈光離桌面較遠。報告也質疑既有的照度是否過亮，希望光學學者與眼科醫師盡速研討。（行政院研考會，1984: 47）而就課桌椅來說，課桌椅高度與學生身材是否協調，將直接影響坐姿狀態下的讀寫距離和姿勢。根據報告所言，「雖然國小課桌椅高度有三種尺寸，但各校多按年級別，每班內排列相同高度之課桌椅」，使得發育程度不同的孩童，各自在不同的時期使用不符身材的課桌椅（行政院研考會 1984: 48）。政策上過於統一、由上而下的指令，反而無法配合個別學校與班級的習慣。

最後，面對實作層面的挑戰，官方的回應是進一步拉高抽象層次，將問題從各種具體的實作因素，抽象為「長時間、近距離、用眼過度」的理論判准。長年參與政策規劃的師大衛教系教授陳政友，承認要確定個別環境因素十分困難。因為視覺空間太窄、閱讀姿勢不良、照明不佳、印刷字體太小、閱讀時間過久的種種


因素都會相互影響。但學生近視如此嚴重，「首應歸因『長時間、近距離、用眼過度』所致」。這種說法的好處，在於歸因範圍不再侷限於學校，而能擴及學生在校外的活動，「由於學生課業太多、疲於應付考試、每天長時間閱讀寫作，就是有所休閒也多限於看電視、漫畫、小說，極少有戶外活動」（陳政友，1986）。在這意義下，更有必要「加強視力保健親職教育」，讓學校與家庭通力合作。

陳政友的發言之所以值得注意，是因為師範大學衛生教育系不但多次協助早期的近視流行病學的研究，也主導後來的學校衛生政策。陳政友是該系的教師，也在 1986 年擔任師大的衛生組長。從歷史傳承來看，這個系是眼科流行病學的重要推手。那玉等早期的學校近視研究者，就是出身自師大衛教系，早期的研究因此常常配合師大在各地的人力與物力。即使 1970 年代末的研究往往由台大眼科醫師主導，但還是經常配合師大衛教系的學者一起執行。從制度上的位置來看，該系教授往往擔任學校衛生的政府職位或者學會理事，在 1980 年代末與 1990 年代初，陳政友等人更協助教育部推動各項學校衛生計畫。例如大專院校的專業研習班、學校護理工作研討會、衛生保健行政研討會、營養午餐計畫、衛生教育規劃等等（吳仁宇 1993）。

本節嘗試說明衛教理論與實作的張力。首先，衛教所宣導的行為規定，在實際執行上反而充滿疑慮，甚至使人反過來質疑這些守則在理論上是否正確。第二，就照明設備與課桌椅來說，政策雖然統一而由上往下地推動改善計畫，但仍會受限於各學校、各教室與個別學生身材等條件，無法達到理想狀態。第三，推動政策的學者，因此嘗試拉高近視解釋的抽象層次，形成「長時間、近距離、用眼過度」的基本說法，藉此化解上述具體因素的挑戰

四、小結

本節嘗試探討學生視力保健政策的形成過程，分為三個小節依序說明偶發的



事件促成、健康與教育的交織以及保健實作上的管轄權競逐。治理的觀點可以聚焦多重行動者的互動，重構歷史過程的複雜之處。在上一節，本文嘗試探討戰後近視問題的起源。這一節，我追問這項官方承認該項問題的過程。我在第一小節探討行政院視察成功嶺的事件，藉此解釋為何這項政策是由行政院於 1979 年開始推動。依循多年來「學校近視」的問題化框架，這項問題稍後轉由教育部負責主管。然而，軍事需求的警報，可以讓我們理解高層官僚體系為何在 1979 年與 1980 年之交發起會議，動員並打造全國層級的政策。

第二小節，我則正面檢視學生視力保健的計劃本身，焦點是結合了健康與教育的治理佈署。既有的文獻處理「升學主義」，往往視之為特定的教育意識形態，需要用歷史溯源的方式來了解。相對地，我將「升學主義」視為一項特定的治理理性，因此分析重心是它如何充當問題框架，組織並作用於近視保健的政策。這時除了加強衛教宣導與研習，政府也嘗試改造教室空間、調節教學時間，試圖引導學生的用眼行為，達到防治近視的效果。醫院也出現了相對獨立的部門，專門供應學生視力保健的門診需求。近視保健的部署以學校為中心，逐漸發展起來。

第三小節，我再通過管轄權的概念，觀察兩項近視治理體制在實作上蘊含的內在張力。一方面，眼科專業與眼鏡市場競逐驗光與配鏡權。受限於內部總體人力的不足以及意願低落，眼科醫學會無法完整動員所有的眼科醫師；眼鏡行業雖然在職業聲望上占劣勢，但數量上的優勢以及相應的驗光與配鏡技術，仍足以讓他們在競逐中取得利基。另一方面，則是衛生教育的理論與實作之張力。衛生教育的宣導有許多具體的行為規定，在實作上暴露出缺乏理論支持的一面，使得基層的衛生與教育人員反過來質疑官方推行的做法。衛教學者只好提出「長時間、近距離、用眼過度」的解釋公式，不直接探討具體而多樣的因子，而是形塑出更簡練的抽象原則。



第三節 第二章總結

從 1959 年出現「學校近視」的論文起算，直到第一波政策結束的 1986 年左右，這時的學生近視監管只是升學主義批判的一環，可以稱為「**升學主義的健康批判**」。也就是說，各方行動者主要從批判與改善現有教育體制的角度，介入視力保健的議題，近視的監管醫療由教育場所起步。一方面，從最初的問題化起算，這時的台灣的視力健康問題立基於同時代的教育問題。專家不但引用教育問題，為視力健康的議題重要性背書，也配合同時期的教育政策改革，設計了一系列的介入措施並發起以國小學童為核心的調查。兒童營養的視力不良解釋在這過程中逐步落敗，基礎資料庫的建置更決定了往後政策與研究的發展方向。另一方面，學生視力保健也身處多重的外部助力與阻力中：行政院官員有鑑於軍事人力的需求，在 1979 年間召集專家制定政策，並於 1980 年核定之；緊密配合同時代的教育改革，學生近視也從「學校近視」過渡到「升學主義」，實踐課桌椅空間改造與課餘時間強化等策略；然而眼科醫師主導的政策，也在實作層面屢屢遭到當時的眼鏡商業產業挑戰，學校的保健現場也未必盡如人意，涉及一連串管轄權的鬥爭與協商，才穩固眼科對於學校健康的支配與發言權。總之，在教育問題（如惡性補習與升學主義）的框架下，多元的行動者共同生成與協商了近視治理的形貌，我將他們各自的貢獻與特點整理為下表六。

因此，近視流行病的問題與惡性補習等教育問題「共同生成」：**公立教育機構可以與醫療相關專業合作，型塑這種特殊的監管醫療**。這種特殊的醫療化路徑，一面協助近視問題化成功受到承認，一面成為視力保健治理的限制：在這段時間內，視力保健議題的「相對自主性」並不強，只是同時期教育改革政策的副產品。在近視的案例中，由於日本政府以來的身體監控措施，教育體系既是近視問題化的重要場所，也是政府機關和醫療專業公認的主要風險來源（空間設計與競爭下的過常用眼時間）。因此，近視治理能夠結合教育與醫療兩方面的術語，共享相

通的介入措施。稍後，我們將觀察到近視治理的體制逐漸將觸角伸向學校之外，儘管仍深深鑲嵌在教育制度的脈絡中，但不再只是單純的附屬品。



表格 七。視力保健部署的各方行動者。

行動者	參與時間點	主要活動或論述
眼科醫學會	1959 年起，1979 年後尤其有政策上的發言權。	臨床診治，尤其 1980 年後，更有研究調查與政策建議上的主導權。
師大衛教系	1960 年代初期開始，不曾中斷。	進行最早的一波流行病調查，並開始向教育廳等機關建議，一直是公共衛生方面的主要諮詢者。
政府行政部門	教育廳自 1963 開始介入，教育部體育司在 1980 年後正式成為主管機關。	配合同時期的教育改革政策，制定視力保健政策，召集專家研擬各項會議與大型研究。
眼鏡產業	自 1960 年代起，持續與眼科醫師競爭管轄權。	1980 年代，仍無法進入政策諮詢的環節。但在實際的眼鏡買賣與技術研發上佔優勢。
校園保健人員	1960 年代起，配合師大衛教系的研究與基本的介入。	尤其在政策落實後，在實作上發現若干眼科理論的不完備處。



第三章 近視治理多重軸線的家庭轉向

一名國小 2 年級女童的視力原本正常，因長期玩平板電腦，半年後近視 150 度；專家指出，國小 2 年級是小朋友開始近視的年紀，許多孩子在學校視力篩檢不合格，就醫發現已經近視。……教育局指出，各國小都會指導孩子做愛 eye 元氣護眼操，一周至少 3 次，包括穴道按摩、眼球運動、趣味律動護眼念謠等，搭配護眼有獎徵答，加強孩子認識視力保健。[……]衛生局說，國小 2 年級學童只要持「護眼護照」，3 月底前可到合約醫療院所免費檢查視力；衛生也委託醫療機構，3 月 10 日起免費提供幼兒園兒童視力、聽力、口腔篩檢，家長可向各區健康服務中心洽詢。衛生局呼籲，學童應每半年檢查一次視力，養成良好用眼習慣，例如每半小時要遠眺休息 10 分鐘、眼睛與書本保持 35 公分距離、做戶外活動等。(聯合報 2014)

在前一章「升學主義」的問題框架下，學生人口廣泛的近視，主要來自國小升國中、以及後來國中升高中的升學競爭：教室空間設計不良，補習時間實在太長。然而，配合同時期的教育改革，政府與學界仍期待在學校內解決這項「學校病」。雖然政府也持續呼籲家長注意兒童的視力狀況，但直到 1980 年代初期，相關的檢查制度尚不完備。然而，比對上引 2014 年的剪報，我們發現近視學生的年齡層越來越低（國小二年級，而不是高年級），盛行率也越來越高；我們觀察到校方推行各式的護眼操，衛生局也協助建立了更加制度性的視力檢查與複檢機制（「護眼護照」）；使用眼睛的相關規則也越來越豐富而明確，尤其針對平板電腦等 3C 產品。學生近視的問題越來越嚴重的同時，「升學主義」的問題框架也逐漸鬆動，出現許多新一代的近視防治策略。如果比對 1980 年的計畫與 1999 年開始的第

二波長程計畫，我們會發現扣連學校的部分變少，訴諸家庭的比重增加。我們該如何理解與解釋學校監管醫療的轉型趨勢呢？

眼科醫師在 1980 年後相對壟斷了視力保健政策的制定，本章因此聚焦在這些政策變化的動力與整體趨勢。一方面，依據治理觀點，我們必須考量多重行動者及其交織出的特定部署形構，不能只考慮視力保健政策內在的發展。張麗春等人（2016）從 1980 年的政策開始探討，進而分析與比較不同時期的政策之間的異同。這篇文章詳盡討論了官方文件與相關的學術報告，可惜作者們視政策為自成一格的發展序列，未能考慮到各期政策所鑲嵌的特定歷史脈絡。另一方面，我們必須探索不同治理個案的特殊演變過程，而不是濫用「主權—規訓—治理」的線性時代分期（Bröckling, Krasman & Lemke 2011; Rose, O'Malley & Valverde 2006）。相較於此，近視保健治理的案例特色是長期低落的績效，以及因此而來的危機意識。近視治理的績效危機迫使官員與專家反思與轉變治理對象、官方解釋、介入措施與網絡。他們的集體焦慮是近視保健治理的家庭化動力，這個治理體制因此日漸脫離原有的升學主義框架，變得更加自主。總之，本章的目的是在第二章的基礎上，通過本案例各面向的歷史比較，勾勒出近視治理的特定演變趨勢與動態。

第一節 治理對象逐步擴張——家庭空間風險的構成

從 1980 年代中後期開始，為了回應盛行率居高不下的問題，學者漸漸質疑起 1960 年代以來的「學校近視」框架，他們認為家庭空間中的風險扮演了關鍵的角色。在這一波反思與重新調查的浪潮中，近視治理的對象逐步向學齡前幼童擴張，不再局限於學齡內的兒童；針對的風險因子也不再只是正式的升學教育，而擴及家庭內的早期教養模式。一方面，在「近視」保健績效不良的 1980 年代後期，眼科醫師基於學術認知的旨趣，鼓吹「近視幼齡化」並投入「斜弱視」的研究與調查。另一方面，隨著親職論述與物質生活的變化，基於道德規範的旨趣，越來越多的

官員與學者注意到教養模式差異。「升學主義」是政策長期關注的教養模式，但沉迷視聽娛樂的兒童和失職的家長，也隨著「學齡前」介入計畫，更明確地進入視力保健計畫的視野中。除此之外，行為風險的流行病學與實驗室研究，也不局限在升學主義的框架中，開始嚴肅探討家庭內的各項行為姿勢與電視等風險因子。

一、延伸監管種類與年齡：「近視幼齡化」與「學齡前斜弱視」篩檢

在 1980 年代末與 1990 年代初，視力保健的對象逐漸向學齡前人口轉移——走出義務教育，邁向幼兒教育的領地。張麗春等人(2016)的政策回顧認為 1989 年到 1999 年主要是延續既有政策，而沒有新的政策文件或計畫。相對地，本文認為，這段時間視力保健的新發展就是「近視幼齡化」。眼科醫師與學者們基於科學認知的旨趣，開始質疑起原有的升學主義框架。這個發展出自防治挫敗的失望，但也是開啟新可能的希望。這個發展的意義是放棄了「學校近視」的框架，問題不只在學校，更在家庭以及幼兒園。

「視力保健的幼齡化」來自幾項發展。首先，官方的流行病學調查發現近視有「幼齡化」的趨勢：發生近視的年齡層逐漸下移，低年級人口的近視盛行率慢慢上揚；但幼童的近視比例相對低，而且不容易檢查，因此醫生的治療重心放在斜視和弱視上。³¹衛生署保健處期望可以讓視力保健的工作向下扎根，由過去設立的視力保健中心配合轉介，找出斜視與弱視的孩童，協助以近視為主的視力保健計畫（聯合報，1990）。醫生們也希望可以仿效美國和日本的經驗，需要「急起直追」（林隆光、吳淑芬 1991）。幼兒視力篩檢的先驅計畫在 1991 年開始推動，由婦幼研究院與台大眼科合作，強調斜視與弱視都需要及早治療。小學一年級才開始診療，早已錯過黃金治療時機；學校受限於設備與人力，往往只能測驗遠方視力這一個項目，未必能發現斜視與弱視。一般眼科門診的作法是「視力、立體感圖、

³¹ 由於環境因素難以確認是否有因果關係，因此眼科也曾經研究過散光的影響，但發現有無散光對近視發展的影響不顯著（台大醫院眼科 1990）。

Hirschberg 試驗、遮蓋試驗、睫狀肌麻痺網膜屈光檢影或電腦驗光檢查、眼底檢查全套皆做」，但大規模研究還是只能限於近視、遠視、Titmus 與立體圖篩檢法，這些基準也成為日後的主要篩檢程序（林隆光、吳穗華、顏秋花、黃春雄、吳淑芬 1992）。

其次，視力研究的學者將希望寄託在幼童身體的「可塑性」上，以幼童身體為支點，治理所有年齡層的近視併發症風險。一方面，林隆光等人在會議中報告委託研究成果，指出「七歲學童眼球屈折狀況的可變性仍很大」，眼球在十歲左右會逐步定型，³²因此建議把視力保健的重心「放在小學低年級，甚至年齡更小的幼稚園學童」（聯合報 1992a）。另一方面，在 1990 年代前後，眼鏡商業和眼科研究都先後在臨床上注意到學齡人口之外的視力不良，但眼科醫師還是會希望能從小開始防治。對眼鏡商業來說，這是市場的擴大，是不同廠商或連鎖店所要爭奪的市占率（經濟日報 1989）。對眼科研究者而言，老年人的白內障等眼疾，往往是近視併發症的體現。當時老人人口增多的情況已經漸漸引起醫療研究者的注意，金山鄉的調查發現約有四成以上的老年人視力介於 0.1 到 0.4 之間，更有 15% 的老年人視力低於 0.1（林隆光 1993）。研究者也公開發表因果推論，提醒中老年眼疾與少年時期近視的關聯：「就調查金山地區的視網膜症中，大多由近視引起，正好與台灣地區學童普遍近視形成因果關係」（聯合報 1994b）。

不過，低齡化不意味問題一定就出在家庭，起先還是有堅持「學校近視」框架的處理，稍後才出現更加以家庭為中心的宣導與歸因。如吳仁宇（1993）在教育部的學校衛生報導中，介紹了學生視力保健：這份 1993 年的公告談到了照明與黑板設備需要納入中央政府補助教育經費，鼓勵眺望遠處、嚴禁課間時間考試，也談到委請師範學院設計視力保健墊板。尤其，寫字方面的計畫更有代表性：「針對近視逐年趨向低齡化，為輔導國小新生養成良好的用眼姿勢，特別委請學者專家研擬正確執筆方法與寫字姿勢要領乙種」，供新生導師與學生家長參考。在

³² 該報告歷時觀察約 800 名學童，目標是找出近視進展的敏感時期（臺大醫院眼科，1991）。

教育部的法規轉載中，也確實出現了「正確執筆法與寫字姿勢要領」，嘗試界定和推廣這種特定的「身體技術」。例如，和本文討論較相關的姿勢要求「雙腳平放與肩齊」、「椅子坐三分之二」、「腰幹挺直、不靠背、不靠桌」、「兩肩平行、頭部扶正」、「眼與簿面距離保持三十公分以上」等等（吳仁宇 1993; 學校衛生編輯部 1993）。這些都還是以學校活動為中心的考量，尚未直接觸及家庭教養。

隨著統計數據上的盛行率節節高升，對於「近視王國」的焦慮也日漸強烈；兒童眼球的可塑性是視力保健的希望所冀，家長對幼兒的管教是失望的來源。1988年，衛生署曾在報刊上宣稱「台灣地區兒童及青少年近視比率已達驚人程度，高中生約 79%至 89%，不但在亞洲地區名列第一，比歐美各國也過之而無不及」（聯合報，1988）。衛生署在 1992 年的宣導更加聳動，指出「台灣的近視盛行率已超過素有『近視王國』之稱的日本……八十年衛生署的一項研究顯示，國小學童最關心的健康問題為視力問題，學童或家長最希望得到的衛教項目也是視力保健」（聯合報 1992b）。同樣地，教育部體育司的專門委員吳仁宇也承認教育部 1986 年以來雖然一直有推出計畫，「但從統計數據來看，學生視力還是在緩慢地惡化中」。體育司司長簡耀暉也呼籲：「希望家長改變價值觀，不要讓孩子花太多時間在以視力為主的學習活動上，例如寫字、讀書、打電腦、看電視、玩電動玩具等」（聯合報 1995b）。隔年教育廳官員更在報上公開抱怨：

最近十年來，教育廳投在改善教室照明及學生視力保健的心力及經費難以計數，但學生視力不良率不減反增，問題顯然不只是教室照明問題而已，學生不良的看書習慣、長時間看電視等也許更有關係，教育廳因此呼籲家長注意孩子的生活起居，隨時糾正錯誤的用眼方式。（聯合報 1996）

可見，家庭生活與教養也有嫌疑，學校的視力保健工作失敗顯得情有可原。³³換

³³ 國泰醫院的眼科主治醫師廖雅玲也有類似的臨床經驗，「她發現學齡前兒童近視的原因，主要是生活空間狹窄所造成」，至於小學生的部分：「廖雅玲說，電動玩具和電視的影響最明

句話說，政府與眼科學界已經大大改善了學校環境，可是家長卻忽視家中的各項風險因子，使得視力保健的成績如此低落。

「近視幼齡化」、幼童身體的可塑性與家長教養的疏漏，是學齡前視力篩檢的基本關懷。這份計畫的制度化，為「學生」視力保健帶來一絲曙光。先驅性計畫發現了大批人口，這些學齡前人口的「早發性近視」有待醫學專業介入，並在 1999 年列入正式計畫。幼童視力篩檢計畫發現了大約七萬之多的斜弱視與不等視幼兒，衛生署長詹啟賢天呼籲父母要「正視」孩子的視力問題（聯合晚報 1998）。衛生署也協調教育部，要求督導幼稚園，要減少有費眼力的學習課程（不管那是寫字還是學習電腦）（聯合報，1999a）。眼科醫師也繼續研究先天性近視，發現睫狀肌麻痺劑對於先天性近視沒有影響。醫師認為先天性近視可能自有其自然歷程，不能直接等同於學童近視這一「重要的公共衛生問題」（江怡慧等 2000）。

然而，家長以及幼教老師能否協助這項工程，就成了新的問題。首先，這項計畫要求家長能夠積極配合篩檢工作。一方面，在先驅計畫階段，會選擇都市化程度較高的地區寄發視力保健函，請家長在家中先為小孩做初步篩檢（聯合報 1995a）；另一方面，主事者也不放心家長複診的意願與能力（聯合晚報 1997）。其次，過去視力保健的工作並未有力地觸及幼教老師的層次，因此幼教老師的衛生教育也有待重新推展。例如，衛生署委託公立醫院辦理的學生視力保健中心，在針對幼教老師舉辦的講習中，發現幼教老師相當重視這個問題，卻不知如何進行（聯合晚報 1990）。由此可見，新計畫的網絡尚未建構完成，有待更進一步的介入。

總之，自 1992 年起推行的「學齡前」視力篩檢計畫，針對近視幼齡化、幼童身體的可塑性與家長教養的疏漏。這一波新計畫意味著視力保健工作不再侷限於「學校近視」的框架中，也代表學校介入之所以績效不彰，是因為家庭面的支援太

顯。…如果家長沒有適當管教，兒童很容易長時間坐在電玩機器前」（聯合報 1993a）。類似的報導層出不窮：「升學競爭壓力持續加大，電視遊樂器、電腦遊戲軟體更是精采得教人廢寢忘食」（聯合報 1994b）。

過薄弱。因此，這個計畫期望從幼兒教育的面向，補充與協助學生的視力保健工作。但是在 1999 年以前，這些篩檢計畫還沒有充分的制度化。1999 年成為學生視力保健政策的一部分後，才制度性地拓展了這項計畫的治理對象。




二、反思早期教養因素：用功讀書與視聽娛樂的雙重風險

近視相關行為只是整體親職教養的一環，幼教層次的親職也會受到更廣泛的親職論述變化影響。本節將討論這個親職論述與實作的整體變遷，如何使得近視防治觸及、治理的親職類型，變得更加多樣。在 1990 年代，親職論述的變化與物質生活的發展，讓許多教養方式重新受到檢討。教養方面的一系列規範性的反思，呼應出自學術認知旨趣的近視幼齡化，促進近視治理對象的擴大。

近視相關的行為，是整體親職的一環。整體親職條件的變遷，也會以特殊的方式，在視力保健的計畫和實作上發揮作用。首先，臺灣親職論述的總體變化，使得家長這方的決策變得更加關鍵，追求升學競爭的實作可能會影響視力保健的成效。根據既有文獻的討論，1990 年代的親職論述更加強調科學育兒與多元發展，而非嚴酷管教與填鴨教育（藍佩嘉 2014; Pei-Chia Lan 2014）。例如，人本基金會批評主流的教育不現代，抬出傳統與現代的論述框架。他們要求更完善地保護孩童的創意與情緒健康，以愛的教育取代嚴酷教養。在制度上，英語和電腦等才藝補習也大為風行根據劉正（2006）的整理，立案補習班增加的時間點，也是在 1990 年代的教改時期。楊淑珠和蔡佳燕（2010）也指出，在教改後課業或才藝補習大為興盛，「從學習英文、數學，或是圍棋、繪畫、小提琴等其他才藝課程，就是希望孩子提早學習，更具競爭力」。這些趨勢呼應了視力保健專家對於升學主義的批判，尤其可以檢討家長的心態與行為。

在這個條件下，升學主義的批判同時包括教育單位與特定的家長：視力保健專家一面主張教育制度須有所突破，才能跳脫「長時間、近距離、用眼不當」的困



境，一面更大力批判家長的教育觀念。專家會主張「解鈴仍需繫鈴人」，抨擊家長的觀點如「一味的要求子女成龍成鳳」、「不要讓孩子輸在起跑點」等等（陳政友 1994）。論者先澄清國民義務教育解除了國小層級的競爭壓力，再轉而指出家長「望子成龍、望女成鳳」，藉此解釋居高不下的近視盛行率，甚至再提及向更高學級延展的升學問題。尤其，在長期以「學校近視」配合「升學主義」的情況下，視力保健計畫針對的人群類型或者在學校中奮力讀書，或者為「惡性補習」所害。學生的近視問題，可以表達成教育廳長在 1963 年講過的「近世進士，盡是近視」。在極端的例子中，專家認為近視的學生雖然是消極的視力問題受害者，同時又具有奮力向上流動的積極意涵，受到部分家長的鼓勵：

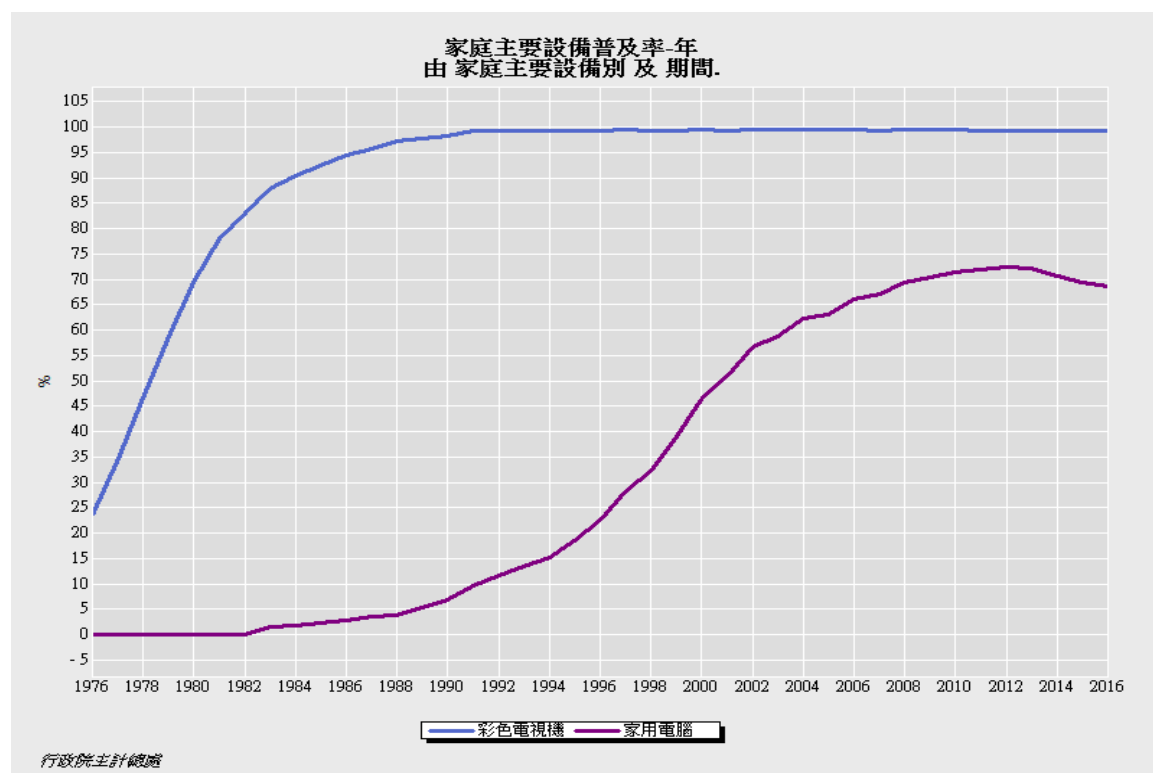
…我們由圖片畫冊可以看到古人把卷的神情，均是案前一燈如豆，書生正襟危坐，一卷在手抬頭挺胸而讀，可見讀書姿勢、距離之重要性。到了近代，由於知識日新月異，知識的增加造成書本的氾濫，愛書人與讀書人越來越多，卻又不重視眼睛的保健，自然近視也超速增加。二、三十年前，小孩子剛戴上眼鏡，往往會得到長輩的“嘉許”[按：標點符號為原文]，認為肯用功，心裡暗自高興，以為自己的孩子特別愛讀書。其實，這是因為他們忽略了遺傳和閱讀姿勢及過度疲勞等因素。真正應該歸咎於自己而不是孩子太用功，否則近視實可避免。（林隆光主持 1985: 1-2）

林隆光認為古人的閱讀姿勢，「正襟危坐」、「抬頭挺胸」，從現代觀點來看十分正確。然而，當代家長忽略了這些古已有之的模範，甚至將近視當成用功的象徵。眼科醫師因此強調，家長應該更積極地介入近視防治，而不是執著升學讀書。

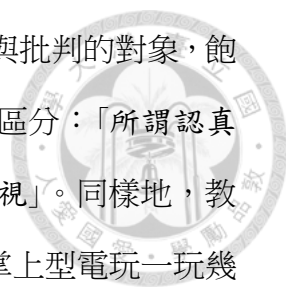
其次，**視聽娛樂器材的盛行**（參見圖二），視力保健不得不介入「沉溺於視聽娛樂的兒童」以及「疏於管教的家長」。1990 年代也出現了負面形象的「現代兒童」

的論述，他們在溺愛中長大，容易受物質與消費的誘惑，重視享樂而缺乏工作倫理（Pei-Chia Lan 2014; 藍佩嘉 2014）。電視與電腦的技術物的廣泛使用，也是在 1980 年代末開始。電視在 1980 年代初就有一定的普及率，學者或官員也很早開始提醒觀看電視的方式與距離，但通常放在視力保健的衛教宣導中。楊淑珠和蔡佳燕（2010）發現 1990 年代初期，台灣人的休閒活動由普及率達 99% 的電視主導。時間點稍後的統計數據，也發現學齡兒童的主要休閒活動是電視與廣播（內政部兒童局 2005）。電腦或說資訊教育的推動，使得電腦補習成為一種風潮。政府自 1983 年起便有計劃地培養資訊方面的師資和電腦教室，1986 年後擴及國中小教師的訓練並開始推動高職的相關科目應用計畫。1987 年的「資訊教育基礎設計畫」更補助國小電腦設備，並確保每間教室都能連上網路（吳鐵雄 2010）。

圖 二：彩色電視機與家用電腦的歷年普及率。



統計資料與圖片引用自中華民國統計資訊網：家庭主要設備普及率。家用彩色電視機在 1980 年達到 70% 的普及率；家用電腦則在 2000 年正式突破 50% 的普及率。



這種類型的家庭因此漸漸變成值得獨立挑出來分析、檢視與批判的對象，飽受眼科醫師的檢視。如林隆光（1997）直接進行有比較意味的區分：「所謂認真的學生因讀太多書而近視，不用功的同學則因打電動玩具而近視」。同樣地，教育局科長曾在報上宣稱「部分」同學閱讀習慣不佳、「部分」同學掌上型電玩一玩幾個小時、「部分」學生在家看電視沒注意距離等等，總之「造成學生視力不良的原因除了學校教室燈光照明不良的影響外，還有學生因缺乏視力保健知識，在各種不良的環境下用眼不當。」（聯合報 1993b）。桃園市信合美眼科院長陳永豐也根據臨床經驗，認為目前的學生近視不像從因社會資源不足而照明不良，「反而因生活水準提高，長期看電視、人手一部電動玩具，以致成為『電視兒童』後再進階為『電玩兒童』」（聯合報 1993a）。³⁴蔡總眼科的許紋銘也有類似的觀察，提及當時常見的「終端機症候群」（李冠瑩 1998；聯合報 1993c），也就是把風險因子定位成電腦螢幕。在這個脈絡下，林隆光不但持續批評前述的升學主義類型以後，也大力抨擊另一種教養風格：

當然，也有神經較大條的家長，為了表示自己的「開放」作風，任由孩子天天看電視（錄影機）、打電動玩具，以為可訓練眼睛，或社要看得見，視力就沒問題。殊不知，長期視覺終端機的使用，對任何年齡的「愛用者」而言，都是有害的。（林隆光 1997: 215）

這個類型經常拿來與前述的類型相比，儘管相互混雜或同時成立的情況非常普遍：例如學習電腦偏向升學主義的類型，玩電腦則屬於娛樂休閒活動（聯合報 1998a）。然而，對眼科醫師來說，無論哪種情況都有其缺憾：「健康」仍然是為升學主義的類型所犧牲，為視聽娛樂所忽略，是最受到排擠的關懷。在這個情況下，林隆光

³⁴ 除了眼科醫師之外，教育現場也有類似的迴響。例如台東市教師李東雲也投書，宣稱「現代的孩子除了讀書、做功課外，其餘時間就是看電視、打電玩、補習……等，幾乎很少讓眼睛休息」。他進一步質疑，既然學生們有如此的用眼習慣，教室照明設備再怎麼完善也沒有幫助（聯合報 1995c）。

認為「『真正聰明』的人，是懂得如何讀好書，考好試，而又不被近視所受害者。」（林隆光 1990a），並主張理想的親職應該是：「…學前兒童的教育應以開導為主，學習如何『做人』，與家人、同學、老師、他人，甚至大自然相處之道。「讀死書」的成效是短暫的，快樂學習才能終身受用。」（聯合報 2003b）面對難以直接轉變的升學競爭制度，部分眼科醫生提出另一種高度投入照護、鼓勵戶外運動的生活與教養風格，視之為可能的解決之道。

常民相當容易接受視聽娛樂的歸因，但過往的既有政策或研究仍側重升學主義的類型。第一，1960 年代初的視力保健研究在教育程度較高的群體上發現視力不良，當時的電視等家電尚未普及。因此這方面主要著重宣導看電視要注意時間、小心距離、維持特定的角度與高度，沒有更制度化的介入方式。第二，師大衛生教育系的學者關切「學校衛生」的制度化。因此，學校上的處理仍優先於家庭中的電器，可以配合教育改革和教室改善的政策進行。第三，1980 年代的研究仍持續印證讀書與成績高的學生，更容易有視力不良的狀況（施永豐、王藹侯、柯良時 1989）。因此就算主觀上傾向把問題放到電視上，主事者還是偏好依據統計分布來介入治理。第四，學理上電視也可能有助於視力調節機制的發展，但在 1993 年用動物實驗以前，眼科學者不認為能靠問卷來判定電視的影響，因為觀看的因素太多、太複雜，當時的技術尚無法調查與分析（施永豐、陳慕師等，1993）。

1980 年代的視力保健計畫，以升學主義為主要的批判對象，但在 1990 年代以後，相關學者、專家漸漸注意到了沉迷視聽娛樂的兒童。這項教養方面的規範性反思，可以大致分為兩大方向。首先，1990 年代的補習教育與親職理想的變化，使得家長的決策益發關鍵，可以延伸過去的升學主義批判。第二，視聽娛樂器材的增長，也使得部分家庭可能放任兒童沉迷於視聽享受，形成一個新的健康風險與親職問題。



三、行為風險的知識生產與競逐：從流行病調查到實驗室研究

然而，兒少近視的風險行為到底有多大或多小的涵蓋範圍呢？各種在家庭與學校內的行為產生什麼作用呢？他們影響近視的因果機制又是什麼？這些問題不僅出自科學認知的旨趣，也反映了視力保健計劃的政策介入性格。1980 年代期間，全國規模的流行病學資料庫雖然已經設立，但具體而微的行為以及臨床上的因果機制都有待探討。一方面，政府企盼找出更完善的解釋，急迫地期望更堅實的政策建議；另一方面，眼科學者的實驗生產相對緩慢，旨在補充流行病研究的不足。因此，1980 年代後期，我們可以觀察到新一波的近視研究，這一波近視研究與爭論更傾向探討家庭中的行為因素，官員與專家期望生產近視風險的知識並廣泛地傳播之。眼科學者仍需要設法打造出並壟斷一套近視知識，建構出視力保健的實作常識。

首先，對非眼科出身的學者來說，視力不良的盛行並不是純粹的生理問題，**行為科學**能夠介入流行病學調查。1986 年的「加強學生視力保健重點措施」曾支持台灣大學心理系的楊國樞團隊（楊國樞主持 1988）集中研究閱讀、升學與作息等相關的行為因素。這份一度廣受政府引用的研究分為兩個部分。這個團隊以問卷調查的方式，探討台北市國小與國中生的居家與學校的環境因素、個人特徵、行為因素、心理因素對「近視程度」與「近視惡化速率」這兩個依變項的影響，進行單變項分析。研究採用的自變項包括性別、父母社經地位、以距離和時間估算的閱讀與看電視習慣、睡眠與運動等起居作息、升學壓力與考試焦慮、甚至過去沒有納入研究過的心理性格特質（成就動機、內外向等）。在上述的自變項與依變項之外，還納入近視感受、近視評價、近視歸因與學業成績等「後續變項」。這組研究的結論證實讀書做功課的時間愈長、閱讀環境愈差、個人學業成就愈強、來自家庭與學校的學業壓力愈強，近視程度與惡化速率都愈大。楊國樞等心理學家採用了多項行為姿勢與性別、社經地位等變項，涵蓋了學校生活以及家庭生活，

設法鑑定出風險因子的存在。儘管官員也清楚知道，近視的成因仍有爭議，1986年的政策仍採納該份調查結果與前述佐藤邇的近視學說，將可能因素歸結為課業負擔過重、課外活動不足、長時間近距移用眼、照明不良與讀物字體不當等因素（臺灣省政府教育廳 1984b: 571-573）。

但是，眼科或衛教專家並不信服這份政府支持的報告。該份研究曾於 1986 年在行政院研考會供相關官員、台大眼科與師大衛教的專家討論，受到不少概念上、方法上和推論上的批評。如台大眼科醫生洪伯廷指出「視力不良」一字不只包括近視一項，戴眼鏡的學童也未必是因近視，而調查中起初並未區分。同屬台大眼科的柯良時則批評學生調查數據勢必有地區差異，並重申「假性近視為眼科中重要問題，本報告中，不宜建議學童患近視後，立即配戴眼鏡」。師大衛教系的李叔佩雖然支持這份研究的結論，但懷疑電視與近視缺乏相關這點。心理系的鄭昭明則指出閱讀時間長、看書距離近在統計上雖然顯著，但因果順序可能與研究報告恰好相反。協同主持這份研究的黃榮村教授，也在會議中指證調查所用的照明度標準和正式文獻並不相同（楊國樞主持 1988: 91-95）。因此，這份報告只是一度受到 1986 年的政策所引用，後來仍沒有成為廣為接受的正統說法。

其次，在這段時間中，最值得注意的活動是「近視研究室計畫」開辦的多項實驗研究。這批研究探究散瞳劑的效果、探討光線照明度的強弱與色調的影響，並發現長時間觀看和短時間觀看電視都可以誘發近視產生，停掉電視後近視也會繼續進行。「近視研究室計畫」在 1993 年到 1998 年之間進行，主事者來自台大眼科的團隊。他們的態度相當積極，「最終的目的是尋找一種可以控制近視之方法」。這批研究的方法與議題無所不包，從流行病學比對、病態病理學、動物實驗、藥物學到分子生物學，設法找出近視產生的原因、機轉和解決之道（洪伯廷主持 1998）。

這批研究計畫是台灣視力研究最早、也最密集的一批動物實驗研究。之所以要使用動物實驗，是因為在之前做過的流行病學調查中，由於每個人用眼（無論

是讀書、看電視或是其他近距離活動)的姿勢、時間、距離、照明、休息頻率甚至其他生活作息都有很大的個體差異，非常不利判斷單一因素的因果作用；不僅如此，也相當可能忽視各種中介變項作用的機制：



以人為研究對象，是有臨床的結果，常令人覺得很有實際的感覺。但再分析單一條件對近視的影響時，常會侷限於太多的其他因素影響，尤其個體上的差異，例如用眼的習慣，生活作息，念書習慣均有所不同，均足以影響整個研究的結果。(施永豐、林隆光、王勢爵、王鵬程、柯良時 1993)

因此，使用可以控制因素的動物實驗，遠較過去流行病學研究的「準實驗」設計，更能滿足眼科學者對因果機制的追求(施永豐等, 1993; 施永豐、林隆光等, 1993; 施永豐、楊嘉華等, 1993; 施永豐、陳慕師等, 1993; 施永豐、侯平康等, 1993)。事實上，電視對於年幼個體的視力風險，也在這份報告中才得到初步的支持。³⁵

然而，近視有其漫長的發生過程，實驗室研究未必有辦法「化約」這段過程。例如，眼科醫師也曾經嘗試「綠色教室」的實驗。作法是將永和秀朗國小與福和國中的部分牆壁、桌椅和黑板塗成綠色(「較『溫和』的綠色」)，進行比較。但經過一整年的實驗，仍沒有發現綠色環境可以減緩近視的進行，加上實驗時間過短，因此無法證實綠色有益眼睛健康(臺大醫院眼科 1985)。可以發現，研究者往往對實驗時間過短無可奈何：

由臨床上看來，近視屬於一種「慢性病」。它的疾病過程，吾人並不十分清楚。

從門診病人方面去觀察，選樣似嫌太偏侷，無法代表整體。我們也曾到各級

³⁵ 除此之外，許多今天看來古怪的方法，眼科與衛教學者都曾經嚴肅地考量。例如柯良時(1990)嘗試研究農藥與近視的關聯，研究動機是當時日本部分地區有類似案例。因此，眼科醫師嘗試比較了台大地本地人和僑生新生血液中的有機磷濃度。雖然發現本地生的近視率 87.6% 大於僑生的 61.5%，但雙方血清中都沒有農業成分，因此研究者推論台灣不適用農業之說(岑在增、柯良時等 1990)。農藥的說法訴諸更廣泛的環境因素，徹底跳脫了升學主義的問題框架。

學校，調查每一年齡層不同男女學童的眼屈折狀態……但近視並非三年五年的病變，所謂「長期」也許是十年、二十年甚或三十年！（臺大醫院眼科 1985: 56）



最後，近視研究的權威人物林隆光醫師，憑藉豐富的臨床經驗，發表科普文章，探討其他學者如何給家長帶來「錯誤」的觀念，進而引發近視惡化的風險。林隆光會介紹與批判既有的學術爭論。文章開頭往往先批評英國的近視研究者 Arnold Sorsby。Sorsby 是林隆光求學年代的眼科教科書作者，他主張眼睛的光學因子是遺傳而來，彼此相互獨立，而且呈常態分布。這種理論讓林隆光推斷：「由於[按：基因學說的支持者]不認為近視是病，因此只需要如歐美國家設立驗光師即可，不需要有醫師！」（林隆光 1993: 283）。林隆光也批判日本學者佐藤的假性近視說，佐藤認為一切近視都由假性近視發展而來。但眼用超音波的發展，讓眼科醫師在不必要解剖大體的情況下，知道活人的眼球軸長，進而判斷軸長變化才是近視的實際機制（林隆光 1993）。因此，他認為許多家長誤解假性近視，後者以為假性近視就不用戴眼鏡，可以靠點藥、吃藥、針灸、開刀等方式矯正。依林隆光的觀察，大多數近視並不是先經過假性近視才變真近視，「假性近視並不如各位以為的這般常見，也不是大家所想像的那一回事」（林隆光 1990b）。

不只如此，林隆光醫師也會評論營養等說法，提倡後來大受鼓勵的戶外運動（詳見本章第三節第一小節）。林隆光強調，不少維生素的確與眼球的構造有關係，但是維生素只能推論自缺乏所引發的特殊症狀，不能當成有直接因果關係的特效藥：「所以也僅能間接地瞭解它的功能，以及其主要的生理作用。…維生素絕非萬靈藥」。更何況「目前寶島居民，不分老幼，豐衣足食」。因此，營養均衡的重要性遠大於營養充足與否的問題，這點也令人聯想到過去那玉醫師掀起的討論。相較於中國人的吃補觀念，林隆光認為「鼓勵兒童多做戶外運動，可愛的陽光和新鮮的空氣至少仍該是最經濟的近視防治方法」（林隆光 1990c）。換句話說，

學習特定的生活風格，避免升學主義與其他傳統的吃補觀念，才是林隆光的理想。

總之，以台大眼科為主的研究團隊嘗試靠著以上幾種方式，建構出關於視力保健的風險知識。首先，心理行為科學的研究雖然全面探討各項可能的行為，且一度得到政策接受，然而卻遭到眼科與衛教學者的多重批評。其次，眼科學者也通過可以控制單一因素的動物實驗，來探討近視發生與進行的「機轉」，確認了光線與電視等風險因子。最後，臨床經驗豐富的學者也通過通俗文章，介紹學術爭論、評論常民作法。這些論述更明確地傾向家長，而不只是單純的升學主義批判。

四、小結

本節討論治理對象逐步轉變的過程，視力保健的計畫在 1980 年代末期，逐漸納入學齡前的幼童，也注意到近視兒童在教養模式上的差異。第一小節從醫學專業的內部論辯入手，探討學齡前幼童的斜弱視篩檢計畫。出自認知的旨趣，學者發覺近視幼齡化的現象、寄望於幼童身體的可塑性、嫌棄家長教養的疏漏。他們因此發動了幼兒視力的一系列調查與計畫，期望從幼兒教育的面向，補充與協助學生的視力保健工作，使得視力保健工作不再侷限於「學校近視」的框架中。

本節的第二小節探討 1990 年代親職論述與制度上的變遷，如何引發親職教養的規範性反思，進而促使視力保健計畫漸漸涉入不同教養模式的家庭。起初，在升學主義的問題框架下，視力保健計畫的介入對象，主要是追求升學機會的家庭教養模式。但隨著親職理想的變化、補習機構的擴展，家庭決策的面向越來越較教育制度本身突出；隨著視聽娛樂器材的盛行，許多眼科醫師或衛教專家，也紛紛注意到不同於升學主義刻板印象的親職模式：疏於管教的家長、耽溺視聽娛樂的孩童。

本節的第三小節則探討風險行為的知識生產，治理體制的官員與眼科專家們出於有效治理的考量，也期望能生產並傳播近視的風險知識，促使民眾能夠自己

監管自己。行為科學的研究一度大舉探討各項學校與家庭內的風險因子，實驗室研究則力圖澄清包含電視在內的因果機制，醫師也不吝於批判家長的既存觀念。這些新的本土知識生產，不僅提供了治理之需，也逐漸將焦點由升學主義轉向家庭行為。下一節將進一步指出，1999 年的視力保健計畫，將以更明確的形式介入家庭，而沒有完全侷限在升學主義的框架中。

第二節 治理績效的檢討與轉型：邁向親職教養的官方解釋與治理網絡

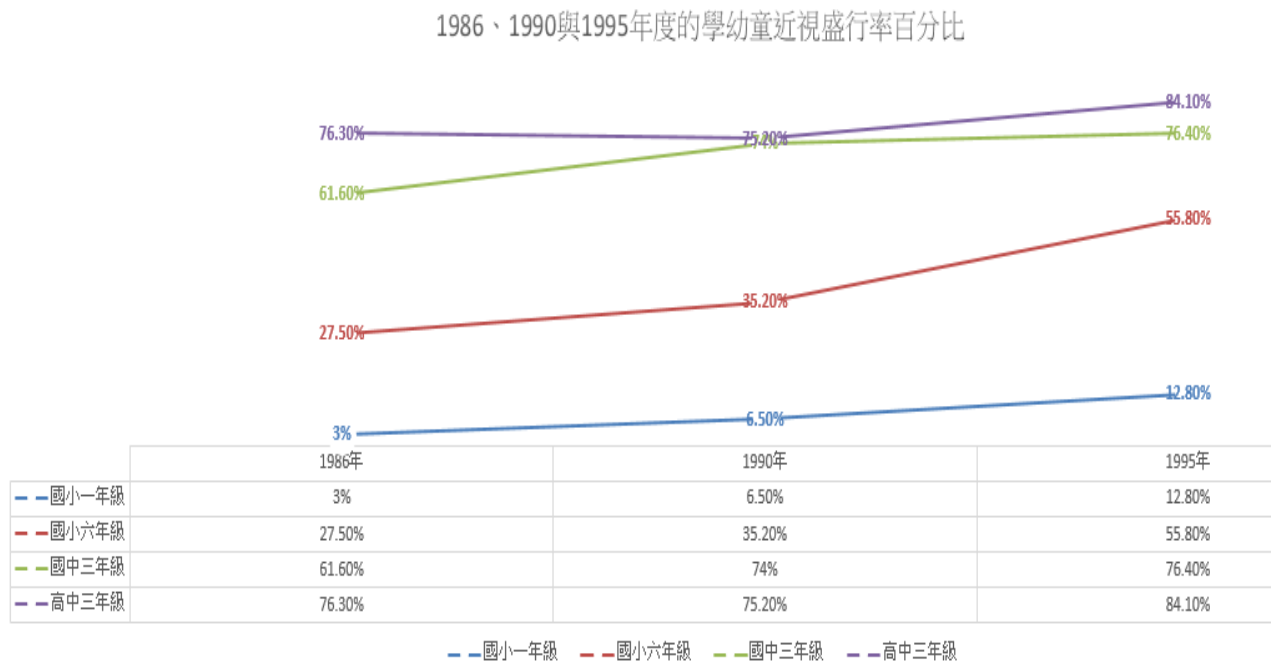
眼科學者注意到了低年齡層的視力風險，親職論述觸及視聽娛樂方面的管控，這些作為如何影響 1990 年代後的視力保健政策呢？本節將回到制定視力保健政策的形成歷程，探討親職教養如何在近視治理的流行病解釋、介入策略與網絡中佔有越來越重要的位置。本節的三個部份，我將依序分別探討：(1) 1990 年代中後期，視力保健的績效不良如何引發專業團體的危機意識；(2) 1999 年到 2003 年的五年計畫新添了哪些新特徵，讓我們觀察到升學主義逐漸結合了家庭親職的說法；(3) 2004 年以後，專業團體與官僚又如何檢討五年計畫的績效，又政策制定團隊為何更加側重家庭親職引導的成分。

一、眼科專業與行政官僚的爭執：建構「近視王國」的集體焦慮

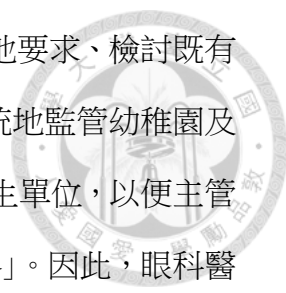
本節將討論五年計畫訂立的歷史機緣，這個事件之所以可能，除了前述許多長期推進的計畫與趨勢外，也包括眼科醫學會對主管機關的不滿與督促。換句話說，在近視治理的體制中，專家與政府的合作並不總是和諧，我們必須注意到其中的鬥爭。在 1990 年代中後期，眼科醫學會強烈地抗議政府單位的疏忽與怠惰。在眼科專業的批評以及介入下，「近視王國」的焦慮逐漸由媒體版面走入政策計畫，變成實際可以操作與介入的實作方案。

首先，通過前述五年一度的全國性學生視力調查計畫，官員發現視力不良率與高度近視的比例仍持續惡化，部分媒體因此稱台灣為「近視王國」。「教育部最新統計結果顯示，教育部自民國 69 年以來推動的各種學生視力保健措施，全告失敗，台灣『近視王國』的地位，愈來愈難撼動。」（聯合晚報 1995）同樣地，當時教育部體育司的司長簡耀輝，以及稍後主持 1999 年視力保健計畫的專門委員吳仁宇，也都警覺到視力保健績效不良的事實（聯合報 1995b）。他們判斷的根據，是全國性視力調查陸續發表的研究成果。比對調查結果，學者與官員發現國小一年級的近視盛行率由 1986 年的 3% 上升到 12.8%，國小六年級也從不足三成到 55.8%；高中三年級增長的幅度較少，但也從 76.3% 增加到 84.1%，增長幅度接近一成（詳細數據請參考下圖）。事實上，1999 年的計畫也大方承認保健績效不佳：「台灣已經成為『近視王國』，近視盛行率高居世界第一，故將近視比率降低是視力保健工作最重要的目標。」（教育部體育司 1999）

表格 八：1986、1990 與 1995 年度的近視盛行率。



當時採用的定義是「大於等於」250 度。改繪自「近視歷年流行病學調查成果」（衛福部國民健康署 2016）。

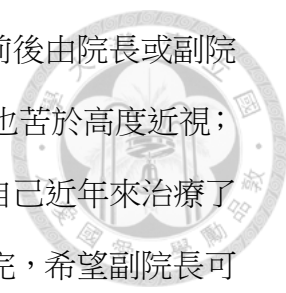


因此，緊接著斜弱視篩檢的建制化，眼科醫學會更加積極地要求、檢討既有的視力保健計劃。前述的斜弱視與視力保健的工作，需要有系統地監管幼稚園及國小兒童。眼科醫學會希望教育部可以配合設立校內的專責衛生單位，以便主管相關事務。然而，當時教育部只回應「所提建議已錄供本部研參」。因此，眼科醫學會相當激烈地回應，嚴厲地指控教育部「並無全力推動」，並發函給主管醫事的衛生署：

希望教育部對學童視力保健儘速提出詳細計畫及負責單位，否則本會不排除召開記者招待會，邀請貴署及教育部相關人員參與，並把教育部從不關心學童視力保健之事實公諸於世。（中華民國眼科醫學會 1992: 8）

眼科醫師以公文表達強烈不滿，教育部則回應：受限於急速都市化、科技發展與社會價值等因素，政府沒有辦法有效改善學生近視問題。衛生署保健處雖然召開視力保健業務的檢討會議，但當時沒有教育部與教育機構的人員出席。當時的眼科醫學會長陳德照，更在行政院長夫人推動的「正視活動——請父母重視幼兒斜弱視」記者說明會上，大肆抨擊教育部的怠惰。陳德照認為過去的視力保健工作雖然受到衛生署支持，但仍受到教育單位阻礙：校長及老師負擔增加，上級教育單位卻沒有提供好處。即便後來靠林隆光等人在各大醫學中心設立視力保健中心，「但教育單位仍然配合不良，目前教育部之學校衛生保健由體育司掌管，本人認為非常不妥當」。甚至，部分教育局的公函還會要求學校保健員，在發現有視力問題的學童時，可以「就近到眼鏡公司檢查」，這讓陳德照尤其憤怒：眼科醫師的人數在這二十年來大大增加，大可以直接指定到眼科診所檢查。眼科醫學會因此強烈要求政府，必須設立專門的主管機構（中華民國眼科醫學會 1999）。

在上述的一系列呼籲下，行政院副院長終於在 1999 年 2 月指示教育部與衛生署研擬「加強學童視力保健五年計畫」，並於同年 8 月下旬完成計劃的核定本。



根據受訪的前體育司司長吳仁宇，在公家機關內，凡是農曆年前後由院長或副院長下達的指示，「必有大事」：當時的行政院副院長劉兆玄，本身也苦於高度近視；在 1999 年年初，也有眼科醫師私下向劉兆玄陳情：該醫師說自己近年來治療了大量視網膜剝離、青光眼等高度近視的併發症，案子多得看不完，希望副院長可以將心比心。相對於這種個人歸因的解釋，本文傾向探問一項政策之所以能推行的「可能性條件」。我們並不否定特定官員在決策網絡中起的作用，然而一項政策的構成成分、相關人士與技術、問題化的框架等等，都不是單一個人可以在短時間內直接左右的。這些構成要素只能從相對長時段的歷史過程中探詢。因此，本文著力的部分，是討論各個長期發展的軸線如何在特定的事件促發下，向同個方向匯合，整合成同一個政策。

二、第二波長程計畫的開始：「加強學生視力保健計畫」

1999 年的加強學童視力保健五年計劃，是 1980 年的首批計畫以後，睽違近二十年的大型長程計畫。升學主義的問題框架仍然繼續存在，但家庭親職佔有的比重卻越來越高。首先，就視力保健網絡來說，1999 年的計畫在一般的衛生教育研習之外，進一步開辦「學童視力保健種子教師研習會」：相較於以往大醫院的視力保健特別門診，種子醫師的制度更明確地動員基層開業眼科的資源，而不是單純依靠公立大醫院體系的人力。這項計畫旨在克服衛教實作上的反彈、以及管轄權上相對於眼鏡商業的弱勢，並在計畫終了前訓練了大約 350 位眼科醫師。有些人認為過去林隆光等人的團隊「全省走透透」太過辛苦，「應該要培訓基層診所的眼科醫師，每個人負責附近社區學童的視力」（田翠玲整理 2001）。林隆光也認為視力保健由於缺乏法定傳染病的地位，因此無法強制執行，只能靠宣導與衛生教育。「所以若學校方面或家長不重視，我們也莫可奈何」（田翠玲整理 2001）。視力保健的種子醫師需要經由眼科醫學會與衛生署共同培訓，培訓後可以取得研

習認證。這麼一來，種子醫師擔任幼教人員與家長志工的研習講師，甚至將研習認證張貼在診所中，相關的視力保健活動也必須優先聘請通過培訓的眼科醫師（中華民國眼科醫學會 2001）。畢竟，學校的護理師業務眾多，視力保健不過是其中之一。如果有專門的且充足的種子教師協助宣導，原則上可以促進既有政策的推動。眼科醫學會和教育部保有種子教師的名單，他們是視力保健工作的重要勞動力。

種子醫師的制度與既有的衛教宣導網絡互相配合，嘗試更有機地串聯教師、醫師、家長與學童，以各項文本建立更明確的處理分工。一方面，視力保健運用各項衛生教育文本，串聯幼兒教育從業人員、國小教師與校長、家長與兒童、醫院與診所。這些文本仍須要有相應能力的教育人員或家長，因此衛生教育知識的部分由師資培育計畫、教師研習和各縣市家庭教育服務中心協辦。³⁶另一方面，兒童方面開始了所謂「護眼護照」的制度，登記當事人的視力狀況，特約醫院或診所也會提供驗光配鏡上的優惠，該醫院或診所也能得到相應的政府補助。師長方面的考評用的文本，也有助於各級教育單位相互監督，並監管家庭中的用眼行為、甚至整體的教養方式。

其次，在介入手段上，「望遠凝視」眼睛體操也正式得到政府與教育機關的承認，以便配合原有的照明設備和課桌椅的改良計畫（詳下節）：眼科學界研發出集體操作、程序固定的身體技術，視力保健並不完全依賴教育改革。³⁷政府要求在每堂課下課前五分鐘，每位學童都要強制做眼球運動，由眼科醫師指導學童學習「愛眼操」。但實際上，大多由學校衛生組長來帶領。對視力保健來說，最理想的情況莫過於：「小朋友越做越熟悉，回家還教兄弟姊，連爸媽也一起學，學過的人都感覺好有興趣，並融入運動健身體操中」（聯合報 2000e）。這項體操有

³⁶ 如衛生局請林隆光為百餘名幼教老師上課，指導如何使用立體感檢查。打倒惡視力 幼教老師動起來（聯合報 2001d）。

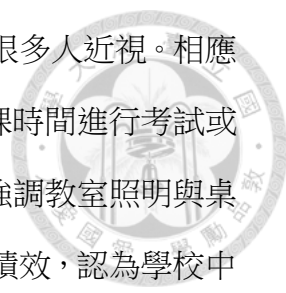
³⁷ 不過也出現幾則唱反調的讀者投書，例如一位嘉義市的小兒診所院長認為：「就一位家長、小兒科醫師的立場看，既然正統醫療且衛生署視力保健已進行那麼多年都無法改善學童視力，五分鐘眼球體操，何妨做做看。」（聯合報 1999b）。

許多變形，有的版本比較簡便，只需要「能利用下課時間到校園中向遠處『六公尺以外』的目標物，如：樹梢、建築物、天線等凝視三分鐘」(教育部體育司 1999)。

在望眼凝視之餘，也可能配合其他形式的集體遊戲，體驗「明」、「盲」的身體感受差異。這些活動較沒有硬性規定，可能出現在教育機構或其他非營利團體的教案中。教育局就曾經辦理多次視力保健的營隊，「教育局長李錫津昨天到場除了與家長分享視力保健經驗外，也與小朋友一起用眼罩矇著眼睛參加闖關遊戲，體驗眼盲者看不見東西的感受。」(聯合報 2000g) 新竹縣的社福團體也曾經在多所私立托兒所，以類似的益智闖關活動的形式，進行衛教宣導(聯合報 2000i)。

理想上，望遠凝視必須與長年推動的**照明設備與課桌椅改革**相互配合。一方面，1996 年的教室照明規範會議，在「整頓國中與國小教育設施計畫」下持續推行。教育部召開的會議，照明協會與視力保健協會都有參加。會議上提出的「改善教室照明報告」，期望將教室照度提升為原來的 3 倍以上，並減少 14.8% 的用電量。這系列的座談會上，連資源最多的台北市，都會遭照明協會批評(照明設備普遍不及格，仍然使用落伍、費電又傷眼的垂吊式日光燈管(經濟日報 1996a)。另一方面，1996 年起，體育司長吳仁宇也嘗試和台大人體工學研究中心合作，進一步區分出更多規格的課桌椅，以便顧及國中小學童的脊椎發展與視力保健。吳仁宇發現過去的課桌椅通常由行政單位發放，直接依照年級配置五種不同規格的課桌椅，沒有注意到各年級學生身高的內在差異，採購時通常也缺乏精確調查，教育人員也沒有充分考慮課桌椅對於學生課業與健康的影響。新一代的課桌椅則進一步考慮到桌椅高度、深度(椅面前後徑長)、供大腿活動用的桌椅間距、背靠距離等多重因素，並嘗試重新設計課桌椅型號標號，直接對應適合的身高(吳仁宇 1996)。

第三，在解釋模式上，1999 年的計劃持續批判**升學主義**的弊病：官員和眼科醫師尤其懷疑家長的**教養實作**，可能抵銷了校方與醫師視力保健的努力。按照林隆光的見解，日本和中國學童因為相對著重技能教育、有很多人就讀職業學校，

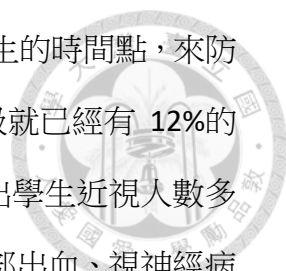


因此壓低了總體的近視盛行率。但是其他國家的大學生還是有很多人近視。相應地，在一般學校內，政策規定學校必須規範教師，不准利用下課時間進行考試或抄作業等活動，「使學生都能走出教室眺望遠處」；政府也持續強調教室照明與桌椅等學童用眼照明環境。教育部體育司的吳仁宇檢討既有保健績效，認為學校中的老師及家長仍一味追求「文憑」、「不要輸在起跑點」等，會提早學習寫字、學電腦或才藝，以致近視提早發生（教育部體育司 1999）。林隆光也認為過去的問題是家長配合不良：

沒有注意到實際執行的困難…但是最重要的還是家長的態度，像我去視力保健巡迴診察中，告訴家長：你的小孩視力如何如何……，大部分家長的反應並不熱衷，總覺得交由學校老師負責就可以了，老師就算有心配合（例：減少用眼的教學方法），但礙於家長的期望（智育第一），成效仍然有限。（田翠玲整理 2001）

另一方面，在解釋以及部分的介入方式上，1999 年的計劃也開始以家長衛教宣導，處理沉迷視聽娛樂器材的情況。純粹的升學欲求無法解釋廣泛的近視惡化，治理方有必要區別各種可能的風險行為類型。林隆光嘗試分類兩種教養風格，分別列出他們的近視風險所在：「台灣比較糟糕的是不論學歷的高低，近視的比例都差不多，不念書的可能電動玩具打的多」。因此，該計畫要求家長：「要輔導子女做功課、閱讀、看電視或打電玩等活動時能每三、四十分鐘休息十分鐘」（田翠琳整理 2001）。但嚴格來說，追求升學成績的家長，也可能在不影響成績的前提下，放任子女使用電視與電腦。無論如何，眼科醫師與官員仍希望家長能改變自己的生活風格，或者壓抑升學競爭，或者強力管制視聽器材的使用，又或者強化戶外生活的份量。

第四，在治理的對象上，1999 年的計劃繼承過去斜弱視檢查的脈絡，將主要



的治理對象界定成**幼稚園與國小**。醫師與官員期望延後近視發生的時間點，來防治整體人口的高度視力惡化。1995 年的資料顯示，國小一年級就已經有 12% 的近視率，斜、弱視反而沒有那麼盛行。綜合前述調查，學者指出學生近視人數多且度數深。高度近視容易在中老年階段引發視網膜剝離、黃斑部出血、視神經病變、青光眼與白內障等併發症，這些併發症都有可能造成失明。再加上近視發生的年齡愈小，惡化的速度就愈快，更容易引發高度近視（加強學童視力保健五年計劃，2008）。根據林隆光的計算，「得到近視後，預估每年會增加約一百度」，小一近視，六七年後，在國高中就已經達到七百度左右，跨越六百度的高度近視門檻（田翠玲 2001）。因此，1999 年的計劃大力警告：「如果不採取有效措施，避免或延緩兒童『不要太早發生近視』，則在青少年時期高度近視之比率將繼續攀高」。報告指出許多家長追求智育與文憑，希望自己的孩子不要輸在起跑點，都可能造成幼童階段的近視。而要避免廣泛的高度近視，最可靠的方式，就是盡可能延後發生近視的時間點，以便控制近視增長的整體幅度（教育部體育司 1999）。

在幼童的近視之外，視力保健政策也正式整合了前述的「斜視與弱視篩檢」。政策報告指出，「幼童的視力問題主要是弱視，尤其是斜視性弱視」。這種情況的黃金矯治期，是五、六歲以前，國小以後已經太遲。由於初期的症狀和近視類似，不知情的家長容易延誤治療時機，造成永久的損傷。因此，政策的目標之一是全面進行幼稚園或托兒所的斜弱視篩檢，而且為防部分兒童並未進入幼稚園就讀，國小新生入學時，保健中心還會再做一次相同的篩檢（教育部體育司 1999）。

最後，視力保健也更細膩地分別考績的評判標準：開啟**績優獎勵制**與「**推廣重點學校**」，在校級的層次更細緻地區別與反省個別學校的績效。從幼稚園到國民小學，每學年都需要自評一次，並將自評結果上呈到主管機關。這時，再由主管的教育行政機關組成訪視小組，對幼稚園或學校進行每年至少一次的複評。成績評量學童視力保健重點推廣學校遴選要點。此外，教育部也會組成訪視小組，

進行抽訪。這些考評將成績分為五等，校長與園長最多可以記功兩次，並由校長與園長來獎勵所屬機構的相關人員。如果經過教育部抽訪評分為優等，甚至可以得到衛生保健經費的補助，並得到公開表揚。「推廣重點學校」的規則則是持續補助舊有的教育機構，並公開徵求新設立機構的保健計畫，這些補助經費將用來充實各項視力保健的設備（包括各種檢查工具與圖表，以及宣傳視力保健的 VCD 和錄影帶等）。

總之，新一波的視力保健政策在多個層面上更加地分化，不只是單純地依照升學主義批判。首先，種子醫師的創立可以配合既有的衛教宣導網絡，強化眼科醫師對視力保健的參與，不自限於大醫院的特別門診。其次，望遠凝視直接以特定時段的身體運動，偕同照明設備和課桌椅的持續改良，一併引導學生的用眼方式。第三，在解釋上也不限於升學主義的說法，新計劃顧及到沉迷視聽娛樂的類型，並設法研擬具體的介入措施。第四，治理對象也更加聚焦在低年級的幼童身上，期待延緩近視發生的時機，從而降低近視進展的整體幅度，預防未來的高度近視。最後，這些措施也變成日後個別學校評鑑的基礎，行政單位試圖更加有力地介入教育現場的實作，而不是直接討論整體層次的效益。

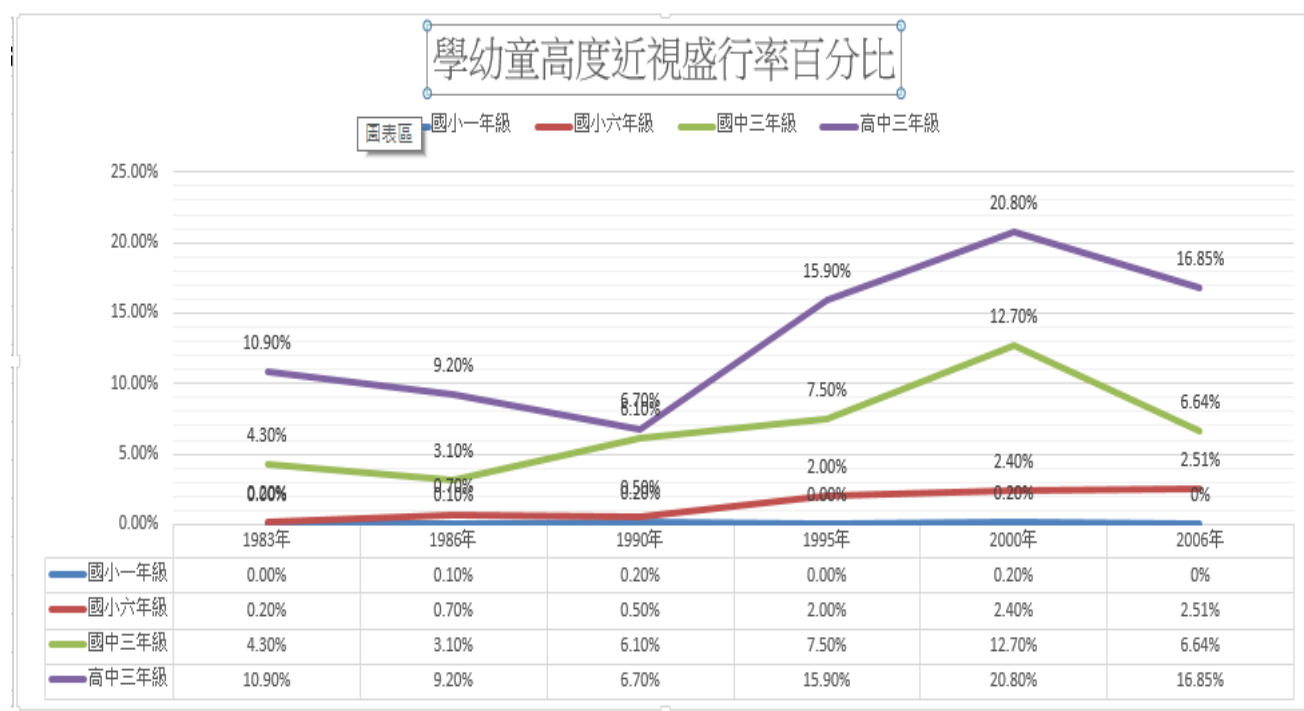
三、治理績效不佳下的解釋競逐與網絡改組：升學主義教養與「3C 保母」

本節探討視力保健計畫如何在政策檢討的階段，視力保健計畫會逐步突顯家長的責任，讓家庭成為首要的治理對象——儘管「升學主義」從來不曾消失。上節所述的五年計畫是個分水嶺，台灣政府與學者在睽違近二十年後，首次規劃出一項長程的計畫。然而，在既有治理績效不良的脈絡下，幾支新的近視保健說法一一興起，改變原有的治理網絡。由計畫後續十年的發展可見，學校與家庭的說法仍持續共存，只是過去注重從學校入手，近年來家庭的比重卻越來越高。

由最直觀的「近視盛行率」和「高度近視盛行率」來看，視力保健計畫的績效有

了初步的收穫，儘管整體數據仍然高得嚇人。政府機關發現在 1999 年的計畫期間，近視盛行率的上升確實有所趨緩（然而，政府的檢討報告並未特別提及標準差的問題），肯定 1999 年五年計畫的結果：「因此降低學童視力不良上仍可看出其推動成效」（教育部體育司 2004: 3）。以國小六年級的數據為例，從 1995 年到 2000 年，上升幅度大約有 5%，但從 2000 年到 2005 年，上升幅度只有 1%。國小的數據，在 2005 年檢討 1999 年的五年計畫時，甚至有微幅的下降（參考表一的歷年近視盛行率）。類似地，高度近視主要發生於稍微年長一點的階段，如果只考慮國中三年級與高中三年級的數據，高度近視的盛行率的确也有顯著的下降（參考表十的高度近視盛行率）。

表格 九：高度近視盛行率。



圖表改繪自教育部體育司（2007）。


除了直接的盛行率，政策檢討也討論了幾項較間接的指標，以檢討各項政策措施的實施情況：如各種視力不良的篩檢率和矯治率，以及參與衛生教育研習的人數。以 5 歲的斜弱視篩檢而言，2002 年底年度計畫訂定 80% 的目標，隔年年

底就達到 95%，國小一年級的斜弱視篩檢甚至達到 100%。而就學校發現的近視來說，原本設立的複檢與矯治率是 90%，但計畫結束那年，這項數據卻達到 95%。參與衛生教育研習的情況也相當踴躍：師範畢業生的參加率接近 100%，四年下來參與研習的國小與幼稚園教育人員累計近 2 萬人，視力保健種子醫師在 2004 年底達到 426 人，家長的研習人次也接近 15 萬人次（教育部體育司 2004）。

盛行率與措施的實施狀況相對樂觀，但學校空間設備有預算困難。事實上，體育司長吳仁宇就曾在 1999 年抱怨過經費太慢下來的問題（田翠伶整理 2001）。這個問題，視力保健計畫直到 2004 年都沒能克服：「原編列新台幣二十三億七千萬元整，但實際僅核定支出八億五千萬元，支出比率為 35.9%」（教育部體育司 2004: 6）。吳仁宇在訪談中提到，原因是經費改由行政院主計處直接管理，由主計處撥到地方政府去。因此，視力保健政策不再有過去專款專用的條件。在這種情況下，後續的視力保健政策不若以往大力介入空間上的設計，只能催促行政院必須盡可能編列預算，完成空間設施的改善計畫。尤其，由於各地學校資源不均，基本的空間設施改善和都會地區有「時差」。部分學校由於經費不足，仍然會設法省電，以致照明設備本身的改善沒有預期中的幫助（聯合報 1999c）。³⁸換言之，除了整體治理績效還需要努力外，醫療資源的分配也是官僚組織內部公認的問題。

首先，為了充分配置醫療資源，2007 年以後的視力保健網絡將通過「高關懷學校」、「高關懷縣市」與眼科醫師到校服務等策略，以更加分化的治理策略，深入嚴重程度不等的校園與地區。高關懷縣市的指標包括四項，滿足其中三項就是高關懷縣市：視力不良率高於全國平均值、三年內至少兩次視力不良率排名全國前五名，三年內視力不良呈現增加趨勢、三年內視力不良增加兩個百分點。同樣的四項指標再運用到縣市內部的各個學校，便能選出該縣市的高關懷學校。篩選出這些學校後，專家將進行行動研究，以實證方式提出校內需求評估與相應的改

³⁸ 此外，同樣爭議教室空間中的行為，立法委員沈富雄也曾經質疑學童午睡可能壓迫到眼睛，午睡是「大陸來的壞習慣」（聯合報，1999d）。但眼科醫師蔡武甫認為午睡恐怕是少數可以讓學童乖乖休息眼睛的做法；眼科醫學會也認為只要姿勢上不壓迫眼睛，午睡本身並不會傷害眼睛（聯合報 1999e）。



善策略，並動員社區的眼科醫師協助衛生教育與檢驗。原則上，按照 2004 年的種子醫師計畫，各個縣市將配有 3 到 5 位眼科專科醫師，尤其需要能夠前往花東與離島地區的醫師。如 2007 年的計畫便動員 77 位眼科臨床醫師，按照其執業區域，提供諮詢與宣導服務。計畫也在這基礎上，辦理相關的學校座談會，讓眼科醫師有更多機會，與家長當面接觸，擔任視力保健疑難的重要解答機制（教育部體育司 2007; 張麗春 2014）。

眼科醫療資源的分配問題是視力保健計畫的一大障礙，因此社區眼科診所的動員計畫，其實包含在健康促進學校的相關計畫中。健康促進學校的定義是：「由學校社區的全體成員共同合作，為學生提供整體與積極的經驗和組織，以促進並維護學生的健康」（轉引自黃松元等 2004）。這項計畫可以追溯到 1978 年由 WHO 和聯合國兒童基金會發表的健康宣言，呼籲健康促進與疾病預防的重要；台灣則在 2002 年開始推動學校健康促進計畫，教育部長和衛生署長簽署合作文件，開啟跨部會的合作。這項計畫的特徵是重新組織既有的學校衛生項目，提供正式與非正式的健康教育，盡可能動員家庭和社區的參與。

其次，官員認為視力保健的不利因子非但沒有隨過去的措施減少，反而在學校之外持續增長：**家庭教養**是拖累治理績效的最大關鍵。過去的政策從來都是學校與家庭並舉，但 2004 年以後卻大幅增加了關於家庭面向的論述與措施。2004 年的政策檢討報告，宣稱：「雖然學童視力不良已有趨緩，但因不利於視力保健環境因素日益增加」（教育部體育司 2004: 1）。具體來說，這裡的不利因素尤其是指家庭中的用眼行為，或者由家長引導的其他學習活動，如安親班與課後補習等。一方面，檢討報告分享了過去對於視聽娛樂器材的風險焦慮；另一方面，在多次教育改革後，家長方面仍保有所謂的「升學主義」。也就是說，高風險的用眼行為由學校教室延伸到補習班或安親班，由學期間延伸到課後時間以及寒暑假等假日（教育部體育司 2004: 5-6）。因此，相對於「不能讓孩子輸在起跑點」的競爭觀念，視力保健政策提倡「擁有健康、贏在終點」的教養模式，以便提供教養上的

原則指引。

視力保健的計畫與升學教育有其張力：學校的部分做得再多，也無法抵償家庭中的電腦學習、暑假的過度用眼等問題。後續的政策與檢討報告明確宣示，要繼續強化家長方面的衛生教育與宣導。2004 年的檢討報告，引述當時的相關統計資料，質疑家長對於智育的重視和視聽娛樂的放任，希望宣導「健康是發展智育的基礎」此一觀念。不僅如此，也希望更實際地管理安親班、才藝班與補習班等空間的設備，繼續推廣前述的護眼停歇軟體，讓視力保健的實作能深入家庭(教育部體育司 2004)。同樣地，2007 年的新計畫在指認問題時，也繼續強調家長重視智育、民間補習班設施不良、家長與學校教師視力保健知能的不良；學校方面則需要調整活動時間的安排，盡可能增加下課時間，理由是「學童易因下課時間短，降低到戶外活動的意願」(教育部體育司 2007: 4-5)。2007 年的計畫便曾經指出，幼童在身體未發育成熟時，容易養成「錯誤的寫字、坐姿和用眼習慣。進入小學，學校教師必須花上好幾倍的心力去糾正他，造成許多衝突與負擔」(教育部體育司 2007)。稍後，陳政友在講解 2010 年的計畫時，也進一步主張家庭內的各種活動，比起學校，在用眼距離上恐怕還更短、作息更難得到控制。因此，視力保健計畫的真正挑戰，其實主要在家庭與家庭教養模式上，而不直接就是升學氣息濃厚的學校：

很多家長卻誤以為孩子讀書才是近距離用眼，但忽略其實玩玩具、畫畫、彈鋼琴或才藝學習，都是近距離用眼，並不只有寫功課才算。畢竟玩耍也常常坐著的話，都是在近距離內。(陳政友 2012: 5) [...] 其實視力保健最重要的是要培養規律的作息。在學校比較空曠，上課和休息時間也比較規律，其實是很理想的場所。反而下課後回到家，或是進到安親班，都可能讓孩童在狹窄的空間裡生活，因此需要更多關注。學校的責任就是要幫助老師、家長和孩子養成良好的習慣。(陳政友 2012: 6)

以陳政友為首的研究者也改以「學習壓力」的觀念，重新概念化升學主義。在兩篇 2006 年出版的論文中，陳政友援引楊國樞等人 1985 年的研究成果，結合內分泌因壓力而失調的說法，將使得眼睛鞏膜失去彈性，促成近視。因此，陳政友人等人認為：

對於壓力程度高、成就動機強及神經質傾向（心理特質因素）的學童而言，由於其感受到更多的課業壓力，因而投注更多近距離工作時間（行為因素），便可能導致近視或近視惡化，若再加上不良的閱讀環境配合（環境因素），自然更易罹患近視或使近視更加惡化。（劉婉柔、陳政友 2006: 40）

這項解釋同時觸及內分泌、心理特質、行為因素與環境因素，也促發了後續一系列的相關探討。劉婉柔與陳政友（2006）以橫斷式調查法，比較了高年級學童感受到的「強迫學習」與近視屈光度的關聯；陳政友、林隆光等人（2006）利用同一批受試者進行縱貫式調查，通過迴歸分析，也發現成績差距與考試等壓力可以預測學童是否會變成近視。這項提問方式也進一步拓及家長近視預防教育以及預防行為的研究，「學習壓力」成為新的一近視風險變項（沈希哲、陳政友等 2008；陳政友、沈希哲等 2009）。後續由陳政友主持的近視保健計畫，也會明確地檢討學習壓力，視之為有待檢討的問題，以另一種論述形式延續過去升學主義的批判。

第三，眼科醫學與兒童福利團體雙雙將矛頭指向 3C 的使用習慣，並進一步以各項技術或法律，設法管控兒少的電子產品使用行為以及相應的教養方式。在視力保健與電腦教育之間，老師們不禁抱怨自己無所適從：「我們的長官和家長，一方面希望讓孩子眼睛有休息的機會，一方面又鼓勵孩子上網、看書，讓處身第一線的老師有著許多的兩難」（聯合報 2000k）。極為盛行的電腦學習風氣，也是當時幼兒教育的一大難題（聯合晚報，2001）。尤其「坊間幼托園所或國小常標榜電腦課程多，有的三、四歲就開始學電腦」（聯合報 2003a），讓視力保健的監管

網絡處處有漏洞。相應地，吳仁宇和林隆光等人在討論中，主張要推動「孩童八歲以前不宜接觸電腦」的宣導，但家長不買帳的情況很常見。因此，配合教育部電算中心設計出來的停歇軟體，主事者希望能確保電腦每開機三十分鐘，都會自動關閉五到十分鐘。這套裝置將安裝在學校電腦上，迫使孩童休息眼睛，並訂立觀看電腦的距離與姿勢等守則（聯合報 2000c; 田翠玲整理 2001）。在台北市，教育局委請臺大醫院眼科醫師林隆光及吳潮峰製作「暑假用眼須知」、「視力保健宣導墊板」，期望在正規學校時間與空間之外持續督導（聯合報 2000f）。在推廣資訊教育的年代，視力保健變得更加棘手（聯合報 2001e）。

許多相關的兒童福利研究與法規也形成了「3C 保母」的論述，2010 年的政策因此大舉投資在各種更加廣泛的宣傳活動上。根據調查，台灣國小三年級至六年級學童，每天不到 4 小時的閒暇時間裡有 3 小時花在媒體上，但看電視時間仍大過打電動與上網（吳翠珍 2009）。大致與此同時，2010 年的政策扣合 WHO 訂立的世界愛眼日（每年 10 月的第二個星期四），嘗試製造輿論話題。政府也將青年節到傳統的兒童節之間的一周（3 月 29 日到 4 月 4 日），劃定為識字在宣導周，以家長為目標，倡導「青少年千里眼，看得遠飛得穩」、「我的未來與您亮眼同行」等口號（教育部國教署 2010: 11）。稍後，兒童福利聯盟（2012）調查智慧型手機等產品的家庭使用習慣，發現超過四成的學齡前兒童一天使用 1 小時以上的 3C 產品，會自己使用這類產品的學齡前孩童更是將近七成，並有大約七成的家長表示自己並未全程陪伴孩子使用 3C 產品。因此，兒童福利聯盟稱這種現象為「3C 保母、數位童年」。2015 年的兒少法修正案，更進一步禁止照護人與兒童「超過合理時間持續使用電子類產品，致有害身心健康」。³⁹立法委員盧秀燕代表 29 位提案委員發言，稱讚這項立法立意進步：

極少數成人怠惰撫育之責任，任意使用 3C 產品，例如平版電腦、智慧型手

³⁹ 參考自全國法規資料庫網站：「兒童及少年福利與權益保障法」。網址詳見參考資料。

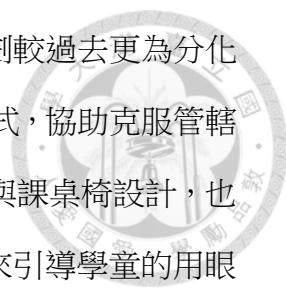
機或電動玩具打發幼兒、青少年，甚至有的嬰兒尚未學會走路或講話，手指就會不自覺地滑來滑去，嚴重戕害幼兒的健康與視力。(立法院公報, 2015)

衛生福利部也呼應這次的修法，主張：「長時間使用 3C 產品，影響兒童及少年身心發展，除了注意力容易不集中外，社交溝通能力也會受到影響，甚至造成親子關係疏離」(衛福部國民健康署新聞 2015)。因此，衛福部與教育部進一步頒布了兩份相關草案：電子白板的使用規範，以及 3C 產品加註警語的原則(衛福部 2015a, 2015b)。此外，監察院也建議為衛福部確實在幼童階段實施視力檢查，納入「托嬰中心評鑑作業」及「托育人員在職訓練課程實施計畫」當中，因為衛福部尚未把這些檢查列為托嬰中心的必備檢查項目(江綺雯 2017)。這些論述與法令，顯示台灣的親職論述多了 3C 使用習慣上的焦慮與負擔。

儘管盛行率微幅下降、篩檢率與矯治率相對樂觀，教室設備的預算持續延宕、家長方面的視力保健工作刻不容緩。首先，面對醫療資源分布不均的現況，政策計畫企圖聚焦在特定高風險的學校，並規劃學校與大醫院門診外的其他網絡。其次，2004 年以後的政策更加著重家庭教養。升學主義的歸因持續存在，但陳政友又加上了學習壓力的概念，再次正當化原有的解釋論述。最後，在兒童福利團體的協助下，衛福部的 3C 產品的使用規範漸趨具體而複雜，顯示出治理方向的重心變化。

四、小結

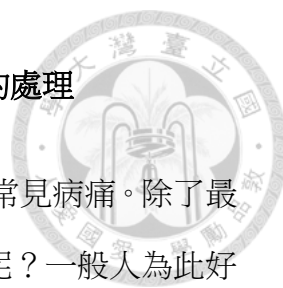
在 1980 年的第一波計劃以後，另一個在規模上足以相比擬的計畫，就只有 1999 年的五年計劃。本節的第一小節，我探討績效不良的視力保健如何引發「近視王國」的集體焦慮，這樣的專業團體的危機意識，進而使得眼科專業質疑主管這項計畫的教育部，期待更積極地治理「近視王國」。



我在本節的第二小節進一步 1999 年的五年計劃中，該計劃較過去更為分化而多樣：就網絡而言，1999 年的計劃嘗試通過「種子教師」等方式，協助克服管轄權的問題；在介入手段上，這次計劃不但持續改良既有的照明與課桌椅設計，也進一步在學校內推行望遠凝視眼睛體操，以更特定的身體技術來引導學童的用眼行為；在解釋模式上，這次的視力保健政策除了持續批判「升學主義」，也進一步明確納入沉迷視聽娛樂的教養模式，承認了家庭的多樣性；第四，在治理的對象上，也不只限於後天的近視，進一步將學齡前的斜弱視幼童，也納入預防與治療的網絡中；此外，在績效方面，此時的視力保健也開始出現了更加分化、更加個別的評鑑制度。

在第三小節中，我探討 2004 年以後，對於五年計劃的一系列檢討與對策：近視與高度近視的盛行率微幅下降，篩檢率與矯治率也堪稱完美，可惜教室空間的改善受限於預算，家庭空間也鞭長莫及。各地與各校的視力惡化狀況不能一概而論，有必要分而治之，更有效益地調度視力保健的各項資源。不僅如此，因此，政府更有必要發展學校與醫院門診外的其他照護網絡，以便持續改善視力保健政策。五年計劃結束後，整體治理的軸心也漸漸轉移到家庭空間中：學校外的不利因子持續存在，也就是家庭中的升學惡習與視聽娛樂。這些活動將養成近距離且長時間的用眼習慣，不啻是視力保健工作的一大障礙。學習壓力的研究繼續呼應家庭教養上的升學主義解釋，日益繁複的 3C 使用規範也在兒童福利團體的協助下成功立法。

總之，繼承過去的「升學主義批判」，課桌椅與照明等改善措施仍然是視力保健計劃中的一大要素，但治理的焦點卻漸漸轉移到家庭與日常生活中。視力保健的風險來源不再只是學校內的升學競爭活動，家長引導的課後補習與視聽娛樂，才是更值得往後政策著力的面向。



第三節 近視治理技術的生產與競逐：日常化的保健，商品化的處理

1980 年代末，近視不再是少數人的特徵，而是家喻戶曉的常見病痛。除了最基本的戴眼鏡矯正以外，還有什麼方法可以緩解甚至治療近視呢？一般人為此好奇，官員與學者也期待找出更完備的近視解釋與更有效的解決之道。研究工作的目的或者是糾正並改造近視相關的常識，或者是設計出能在學校中推行的辦法，又或者是找出眼科市場上的新利基。上一節的討論以政策或研究論述為主軸，我在本節轉而探討近視治理的技術研發與實作：政府、與政府緊密合作的眼科醫學會、以及開業的眼科診所，如何判定並宣揚特定處理方式的優劣，以便滿足各自的旨趣？在教育現場以及眼科醫療市場上，保健手段的爭議與發展，又是否呼應了前述政策方面的變化趨勢？

一、保健手法的日常化趨勢：由課桌椅安排、望遠凝視到日常時數調控

除了讓近視較深的同學換到前排，我們究竟還能在校園中執行那些視力保健的策略？事實上，台灣政府與學界也從 1980 年代起，研發推行了特殊的身體技術「望遠凝視」；在 2000 年代中後期，則逐漸轉向更細密地調控學生的用眼時數。從單純的課桌椅調度到望遠凝視與時數調控，我們可以觀察到視力保健的技術愈來愈自主，不再只是教育改革的附屬品，而有自己的特殊技術發展。課桌椅調度與設計緊密地從屬於教育改革政策，但望遠凝視則是眼科醫師研發的特殊技術，時數調控進一步將醫療化的時間用法引入家庭之中。這幾項技術並沒有非此即彼的取代關係，反而相互疊加、共存。然而，從完全從屬、獨立技術到日常化的生活規劃，我們可以觀察到視力保健手法的日常化趨勢。



(1) 課桌椅安排與設計

在各種視力保健的策略中，**調度特定學生的課桌椅位置安排**，歷史淵源最悠久、操作上也相對簡便，最為直觀。如前所述，早在 1980 年，課桌椅的安排與設計就已經是視力保健政策明文宣示的成分，這項策略歷久彌新，直到今天仍然存在，甚至與其他更新穎的策略相互結合。從本文的角度，這項策略也最能體現升學主義的問題框架。因此，儘管家庭的比重愈來愈大，但體現這類框架的措施從來不曾消失，反而能夠與後起的新策略並存或結合。

學生在教室中入坐的特定位置與姿勢，可供教師觀察與介入學童的視力發展。如前所述，眼科醫師有時也會建議輕度或假性近視的學生將座位往前移動。這項策略相對古老。目前年約 55 歲的曾老師提到，自己小時候近視，基本策略是先「一直往前坐」。在曾老師的印象中，自己小時候反而沒特別看過眼科。然而隨著近視學生變多，前排座位勢必供不應求。為了公平考量，教師也傾向定期更換全班的座位安排。

課桌椅**本身的物質設計**，也可能影響學生近視：個別化且可調整的桌椅設計，有助於適應身形千變萬化的國中小學童。如同前面提及的近視治理策略轉型，吳仁宇等人最晚在 1996 年，就開始研究與設計規格上更加靈活的課桌椅。1999 年後，政府也正式撥列預算，引入新設計的人體工學課桌椅，以滿足與保護身體需求不同的學生。這批新桌椅區分更多的型號，以便適應體型、生長速度與視力狀況總有若干差異的學生，是種極富個體化色彩的治理技術。不過，受訪者唐老師指出，由於經費限制，各地學校的桌椅汰換速度未必相同，恐怕只有台北市與高雄市相對快速。

「坐在教室上課」更牽涉到一系列的**身體動作**：從坐姿到執筆方式都有規定，同時要保持特定距離與特定的休息節奏，甚至不同的閱讀媒介也有不同的理想使用方式。根據林隆光與彭秀英等人於 2008 年撰寫的這份文件，保護眼睛有六大

類策略，通稱「愛 EYE 達人秘招」，前三招即涉及教室或書房環境中的一連串特定動作。這一連串動作在 1980 年代的文宣中已多少出現，林隆光與彭秀英在這份文獻中進一步予以綜合。第一，我們必須注意視覺環境，比如打開室內燈光、書桌檯燈要從慣用手反方向的前方以 60 燭光照射，看電視則需要距離 3 公尺左右並避免畫質太差的畫面。第二，閱讀習慣不緊要遵循前述的 3010 原則，也必須維持 35 公分以上的閱讀距離，並選擇印刷良好的刊物。第三，執筆和坐姿相互配合，盡量以顏色較深的粗黑鉛筆，撰寫盡可能大而清楚的字跡。第四，學生必須記住望遠休息的重要，至少要拉開 6 公尺的視覺距離（中華民國學校衛生學會 2008:18-26），這點顯然來自望遠凝視（詳見下一部分）。⁴⁰這些建議通常會公告在學校保健室，輔以色彩繽紛的插圖，由學校護理師傳授給一般教師與學生。

圖 三：用眼姿勢圖解組圖。

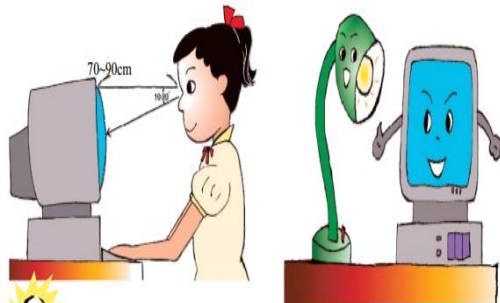
【愛 EYE 第二招】～閱讀習慣要養成

- ★ 每閱讀 30 分鐘正確休息 10 分鐘〈3010 原則〉。
- ★ 看書姿勢要坐正，不可彎腰駝背或趴在桌上、躺在床上讀書、寫字。
- ★ 在光線充足的環境中讀書、做功課。
- ★ 看書或寫作業，應保持 35 公分以上的閱讀距離。
- ★ 不在行進中搖晃的車上閱讀。



⁴⁰ 第五招則是維持均衡飲食，第六招是盡可能定期檢查視力。

正確使用電腦距離、照度
 與電腦螢幕保持 70cm-90cm
 螢幕周圍照度維持 250-350 米燭光



小常識~正確使用電腦的原則



宜用顏色較深 B 或 HB 筆芯的鉛筆



避免使用顏色較淺且筆尖太細的鉛筆



寫字正面坐姿圖



寫字側面坐姿圖


-23-

不同的身體姿勢難以說明，生動的圖片與照片才能成功傳授之。例如「愛 EYE 第二招」詳細說明閱讀的休息間隔與距離，並提醒若干不適於閱讀的環境。電腦使用也有類似的規範，坐姿與用筆也都要注意（中華民國學校衛生學會 2008: 21-23）。

「坐在教室上課」不只是有科學健康考量的特定動作，也象徵著師生教育關係中的服從與專注（Mauss 1950: 372）。相較於專業的護理師，教師更有意識地在意象徵面向的服從與專注，而不直接是科學意義下的健康考量。劉老師提到自己會利用「古今背書方法」中的口令，指揮學童挺直身版閱讀、寫作與上課。經過一番訓練後，「我現在只要講說『令潔淨端正』，他們就啪、啪、啪，就會自己挺起來，這樣就好啦。」訓練過程費時費力，有必要一個人一個人雕琢坐姿。如果有哪個學童比較喜歡趴下或坐姿不正，「就要常常過去看看他。你一直趴著我很擔心你啊，你還好吧？那小孩子自然就會坐正啦，隨時坐正，我就說你這樣好漂亮喔。」。在教學現場，坐正不只是更加健康的動作，也有象徵上的服從、美觀與專注意涵。

（2）正當的保健方法建構：氣功療法、物理治療與「望遠凝視」

自從近視成為家喻戶曉的常見病痛，各種號稱有效的療法紛紛出籠。1980 年



制定政策後，眼科醫生便期待能設計出可行的方案，以便在學校中推行。在 1980 年代，眼科醫生藉由挑戰傳統的保健處理和新興的物理治療，嘗試正當化「望遠凝視」這項特定的身體技術。三者各有其療效宣稱的基礎。氣功與太極拳的療效建立在民眾的長期習慣上；物理治療宣稱能「治療」近視，體現出非日常性的療效信仰；眼科專家則嘗試在已知的生理規則下，通過實驗驗證「望遠凝視」。因此，雖然就原理來說，望遠凝視這種身體技術和傳統氣功體操與物理治療有一定的親和性，但眼科醫師仍能設法劃界，建構出正當與不正當的療法。但我們必須注意，眼科醫師從來沒有完全掌握過整個近視診療市場，本文雖然偏重討論眼科醫師發展的技术與商品，但民俗療法與物理治療到今天仍然保有各自的市場佔有率。

首先，**氣功與太極拳**等活動，是許多常民信賴的近視處理方式，可以視為最「傳統」的保健方式。1980 年代的近視盛行率持續增加，各級學校的師生家長如何應對這股焦慮呢？前面的討論大多聚焦在專家、學者與官員上，但教學現場的師生也有特殊的因應之道。許多常民發展的氣功和太極拳等體操，期望可以減緩甚至治療視力不良。如台北國語實小的老師自行推廣視力保健操，該體操由太極拳演進而來，需要配合音樂進行。甚至，小朋友會用這個體操，參加台北市中小學科學展（聯合報 1984）。獅子會也教民眾一種眼睛保健操練習方法，這種方法據說來自中國，進行時也要配合眼睛保健操音樂帶，如眼球按摩、指壓、針灸等治療近視的方法相當盛行，也因為在學校中進行，正統的眼科醫師很早就注意到了這項發展（聯合報 1991a）。這些相對「傳統型」的處理方式，可能是專家之外的行動者，最早用來處理兒童視力流行病焦慮的手段。

相對地，眼科醫師注意到許多學校會推廣眼睛穴位按摩與針刺，試著用「理性」的實驗程序，指認這些傳統常民實作中的「副作用」。眼科醫師知道按摩法來自中國古代醫家的針刺法，也是調節眼部精氣，治療「能近怯遠症」。雖然療效還可以討論，但副作用也不大。但針刺法方面，眼科醫師先從中醫學理澄清這個稱呼：「由於古書在眼部的針法，禁用灸法，所以吾人稱針刺法以區別」。它的副作

用可能包括眼球後出血、刺傷神經、刺入顱腔等等。「目前常有不少熱心人士提供各種治療近視之偏方妙法，可惜這些治療方法都未經過科學證明…甚至對眼睛有傷害之可能性，任意推行這些辦法是非常盲目不智的。」(臺大醫院眼科 1985)

在衛生署召開的會議中，專家也討論了當時盛行的眼球按摩、指壓、針灸等方法，並認為這些方法缺乏科學根據，或者在實驗中難以證成。因此，不但批評它們通通無效，甚至認為有其危險(林隆光主持 1982)。例如，省政府教育廳發文警告各級學校：「推行學生視力保健，實施眼球按摩，因無學理根據，若施行不當，可能會引起閃光、視網膜剝離等重症，如無醫師指導不宜推行。」(臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組 1984b: 382)。

由於九年國教消滅惡性補習後「近視學童的比例仍未見改善」，台大眼科在台北市東門國小與仁愛國中發起「近視防治研究」，目標是：確認國外廣為運用的睫狀肌麻痺劑到底對學童近視防治有沒有效果，並試驗眼球運動或「遠方視運動」(又稱望遠凝視)這項防治措施。⁴¹與此同時，也能藉檢測而得的數據，了解人口的眼壓、眼軸長度與角膜弧度等眼科學需要的基本知識(林隆光主持 1982)。透過實驗研究，眼科醫師也能得到治理所需的基本相關數據。

進一步，以柯良時為首的眼科醫師取法西方的運動學，研擬出「望遠凝視」運動法，建構出「理性化」的身體技術。遠方視運動的理論則是「運動系都有相反方向轉動的肌肉存在…眼睛的運動(外動眼肌)也是如此」，期望能協助睫狀肌放鬆。具體操作則是和平常看近的姿勢徹底相反，「頭部仰上，眼睛盡量上看遠方，眼瞼張開、挺胸等運動」。實驗方法是教授學校老師「視力保健韻律操」、「視力保健歌」後，在學校分實驗組與不做特別活動的對照組，每天定時在 9:05、11:05、2:40 等三個時段進行視力保健韻律操，三個月追蹤一次成果。柯良時主張要加

⁴¹ 睫狀肌麻痺劑廣受國內外研究證實，本文因此著重爭議較多的望遠凝視技術，使用這項眼藥水的實作有待下一章再行說明。值得注意的是，當時的眼科醫師未免影響學童上課，採用短效型的睫狀肌麻痺劑，而非國外文獻用的長效型。試驗期間的視力檢查程序和全國性的調查相同：先點藥(即睫狀肌麻痺劑)後，採用過去常用的視力表(又稱主觀法)與醫生的視網膜檢影(又稱客觀法)，然後追蹤觀察眼藥與眼球運動這兩個項目。研究發現：睫狀肌麻痺劑對假性近視有統計上有意義的成果(林隆光主持 1982)

上頭部上仰，才能讓所有肌肉反向，讓眼睛恢復原狀。前兩年的眼球運動實驗都沒有在統計上達到顯著，力倡這項方法的柯良時醫師認為：



在東門國小所做的實驗，本人認為所施行的時間不當、次數太少、觀察施行期間太短故無法得到預期的效果，應說是理所當然的。本人在台大也利用特殊機器（H-S Accomodopoly recorder）做了幾個人的實驗，確實發現活性調節的明顯恢復（林隆光主持 1983: 55-57）。

到了下一年度又改到忠孝國小與敦化國小進行大規模實驗，但實驗組與對照組仍舊沒有顯著差異。研究團隊認為除了前述原因外，「主要原因可能與操作者有無專注地做眼球運動有關」（林隆光主持 1985:7）。1989年，望遠凝視法及眼球運動的實驗研究也還是沒能找出有意義的差異（施永豐、林隆光、柯良時、洪伯廷 1989）。

這類身體技術的理性實驗，仍然持續承載了眼科醫師的希望。如陽明醫院眼科主任江靜弘在一項視力保健活動中，發現學校的照度其實符合標準，因此建議學校推展望遠運動（聯合報 1991b）。1993年，眼科醫師更與台大體育組合作，正面討論氣功眼球運動的防治效果。這次的實驗之所以結合台大體育組，是因為體育組老師發現「九陽明目功」對大學生的視力有幫助。在這次的實驗設計中，對照組只學習道家北派龍門宗之基本功法，實驗組則再加上道家龍門宗的九陽明目功與基本功法。這個功法執行一次需要 12 到 15 分鐘，完成後還要再做眼球穴道按摩。然而，由於實驗人數不多而且是進入視力穩定期的大學生，因此，1993 年的實驗結果仍沒有統計上的意義（施永豐、黃欽永等 1993）。事實上，直到 2002 年，台灣的研究者才終於證實「望遠凝視」有統計上的顯著差異（陳政友、黃松元等 2002）。

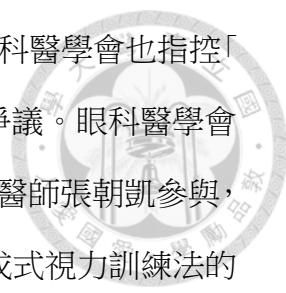
眼科的另一組區辨對象是療效宣稱最激進、反常識的「物理治療」。這批廠商

推行的方法，在生理機制上也有點接近前述的中醫療法：

[...]據台北市陽明醫院眼科主任翁林仲表示，目前所謂視力恢復的方式效果大都非常有限[...]他認為其他的一些方式如穴道按摩、超音波與電擊等，原理應都和針灸與氣功類似，都是藉以促進眼睛睫狀肌的血液循環，只是尚無科學性的研究報告，供大家更確切的了解。(聯合報 1994a)

無論學派為何，物理治療的賣點是「恢復正常視力」，而不是在精細的驗光後仍然需要「配鏡」——配鏡者仍須承認自己眼睛的「病態」。因此，物理治療診所經常命名為「視力回復中心」或「近視復原教室」。對正統的眼科醫療來說，大部分的物理治療非常可疑。眼科頂多只能用散瞳劑，來治療「假性近視」（眼軸尚未拉長者）與減緩既有度數的惡化。各大「視力回復中心」在 1990 年代大舉設立連鎖店，其中的廠商如優視佳、明佳亮、來成式、康久美，今天仍持續營業。視力回復中心承諾「正常」，宣稱可以治療近視；相對地，正統配鏡程序則承認「病態」，並要求減緩近視的進行。相對地，物理治療有各種學理基礎：聯冠公司是運用穴道按摩原理，配合氣功機與兩極太空磁提針（經濟日報 1990）、立捷明視力保健公司則仰賴日本專家的研究成果（經濟日報 1991）、康久美視力保健公司則利用瀋陽大學的發明（經濟日報 1992），甚至和教育界與中醫界人士合作，標榜「利用生物能，活絡視網膜微血管，不吃藥、不打針、不開刀、不針灸」（聯合晚報 1992；經濟日報 1996b）。視寶視力回復健康中心同樣來自中國的視力保健協會，設計了視寶視力回復器（經濟日報 1998）。也有廠商會結合眼科醫師，設法改良出新型態的視力訓練裝置（經濟日報 1997）。

面對興盛而繁多的物理治療，眼科醫學會嘗試檢舉視力訓練法與視力訓練器的紀錄，認為它們「誇大不實醫療廣告」甚至有「密醫行為」。就視力回復器來說，廠商「眼特力」、「愛視靈」宣稱可以在訓練後恢復視力，眼科醫學會以保障全民視



力健康為由檢舉（中華民國眼科醫學會 1999: 16-17; 150）。眼科醫學會也指控「來成式」視力訓練法的宣稱「摘下眼鏡不是夢」，引發了一連串爭議。眼科醫學會發現這家廠商在電視上廣告、發函宣傳。那次的電視節目有眼科醫師張朝凱參與，眼科醫學會會長陳德照因此寄信給張朝凱，希望他說明他對來成式視力訓練法的看法，以及當初上節目的情況。張朝凱醫師澄清，自己在節目中與來成式訓練法的推廣者「多次針鋒相對」，堅持「物理治療之療效短暫」，很遺憾造成了「『背書』的誤會」（中華民國眼科醫學會 1999: 13-14）。但來成式視力訓練法的支持者王明昌藥師，激烈地抗議眼科醫學會的檢舉，甚至將爭論層級拉高到政策層次，質疑眼科正統的藥劑「散瞳劑」。王明昌一方面主張來成式視力訓練法只是運動訓練，不是醫療行為。另一方面，王明昌也認為衛生署迄今都無法處理國內數百萬計的近視學童，居然還以「不再函覆」的態度回應王明昌之前的來函，實乃重大疏失。因此，王明昌要求衛生署調查散瞳劑的副作用，如畏光等造成的「受害」情況。這份信函也抄送監察院，「請為全國七百萬近視學童之流行率，調查行政疏失」（中華民國眼科醫學會 1999: 14）。

總之，眼科專業一面以理性的實驗程序，回應傳統的中醫式療法，嘗試建構「望遠凝視」身體技術。同時，正統眼科也以檢舉密醫等方式，批判與挑戰療效宣稱最為激進、非凡的物理治療。在這過程中，正統眼科賴以劃界的重要手段有二。首先，是實驗研究中的統計顯著性。其次，則是醫療與非醫療行為的區分。通過打開爭議，眼科專業在 1990 年代逐步地確立了「望遠凝視」的正當性。「望遠凝視」訴諸理性的實驗程序，但一方面沒有與傳統作法完全斷裂，仍會配合體操、歌曲，以便學童配合。另一方面，實驗程序要求的統計顯著性，也使得眼科醫師難以立即宣稱任何身體技術（無論是望遠凝視還是氣功運動）的療效。

(3) 視力保健技術日常化：從望遠凝視到「規律用眼 3010」、「戶外活動 120」

在 2000 年代後半，集體進行、規則特定的望遠凝視逐漸受到更日常化、更個別性的身體技術所取代——也就是「規律用眼 3010」、「戶外活動 120」等戶內外活動時間的理性調控。同樣由眼科醫師的研究所支持，望遠凝視屬於眼科場域中較為老舊、傳統的技術。望遠凝視需要學生集體在同一空間中執行特定動作。相對地，時數計算則在理性化的程度上更進一步。新的保健技術允許不同的學生、在不同的場所、各自進行不同的活動，只需要累積抽象的戶外活動總時數即可。這種視力保健技術更理性地計算時數，而非拘泥於特定體操，讓不同的家庭可以各自設計合適的日常保健方案。

事實上，1999 年開始推行的望遠凝視眼睛操，通常由護理師在研習或自行搜尋資料後，選擇下課時間進行。由於注視遠處時，眼部肌肉無須調節，因此望遠凝視旨在引導學生注視校園中六公尺以外的目標物，「如：樹梢、建築物、天線等凝視三分鐘，這樣可讓眼睛充分休息，減少近視機率。」⁴²通常每次大約 5 分鐘，會配合特定的音樂進行。原則上，政策公布的事項可以在研習中學到。根據護理師阿芬，學校的健康中心通常是學校衛生政策的協辦者，但由於學校的衛生組才有行政權力，「所以像這種研習的場合，你會看到可能會有學務主任，或者是衛生組長，或者護理師去參加。」同樣身為護理師，身在鄉間國小的謝小姐則是直接上網 google，下載操作指南後按表操課。⁴³護理師是健康照護的專業人員，

⁴² 〈視力保健活動-望遠凝視實施要點〉。下載網址請參見參考資料。

⁴³ 在通俗化以後，望遠凝視的操作方式也發展得日益繁複：「教育部十七招「眼睛保健」，包括天線接光：以拇指、中指捏成圓形，由掌心洞摀住眼，食指豎成天線，觀想溫暖的太陽約卅六秒。蒸眼：手掌互搓卅六下，摀住眼約卅六秒。按眼穴：五次穴各九下，按三次。摸頭頸：兩手中指放在眼窩，向上由額頭、頭頂、後頸中的穴道到兩側（三、四次）。按耳穴：拇指、食指夾耳朵，由上往下，劃分成九點，共三次。鼻側：中指一來一往交叉向上在鼻側推。人中：食指橫放在人中，左右手來回搓九次。承漿：唇下用右食指放，來回搓動一次，再以左手搓，各九次。摸脖子：前方兩手交叉，由上往下九下，脖子周圍左右交叉向兩側摸九下。摸手臂：由上而下整個手臂摸，先外側交叉各九下，再內側九下。還有兩手交叉摸前胸至肚臍、摸後背、摸腰側、摸大腿小腿、命名穴、肩轉與肩往前劃三下趴下休息等。」（聯合報 2000d）

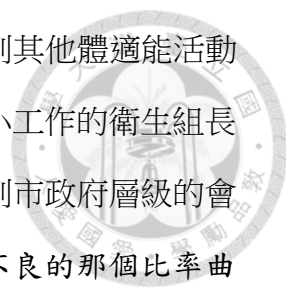
但即便在研習的層次，也需要行政職教師的協助，而且可能有一定的地區差異。

在學校生活中，望遠凝視必須與其他班級活動競爭時間，並由行政職的老師帶領。一方面，宣導上就已經要和其他活動爭取朝會與大節的下課時間。朝會是唯一一個全體師生都在現場的場合，曾護理師指出，公開發言的機會有待爭取，因為「你要推動健康教育，譬如說知能之類的東西，那是不是做這些的時候會卡住一些其他活動的時間？」長達 20 分鐘的「大節」下課也是學校生活中的珍貴資源，根據國小教師劉老師，許多調動學生人力的雜務往往在這段時間進行，望遠凝視仍有相競爭的其他活動：「20 分鐘是最好用的。那很多學校也會搶 20 分鐘來做很多活動」。另一方面，在實作上，基本上護理師負責衛生教育宣導，實際指揮仍由行政職教師帶領。護理師阿芬講得直白：「望遠凝視其實大部分都是衛生組長在執行，那護理師可能只是在視力保健的宣導部分有去著力、著眼。」但護理師也需要在新生座談等場合，設法與家長溝通，確保衛生教育能深入家庭。

在衛生組長較強勢有力的學校，集體實施的望遠凝視眼睛操可以成功推行。如果缺乏有力的執行者，形式固定的望遠凝視將難以落實。例如，年約 20 出頭的 Wendy 回憶大約十年前的童年經驗，笑稱整套體操的配樂都很「荒謬」，老師不在場就沒人願意照做。較務實的受訪者小華則提到低年級時期的情況：

我們會站在那邊，其實我忘記站了多久了耶，但是一整節下課都要站在那邊。小時候覺得非常無聊，特別是一二年級的時候，因為我覺得要叫小朋友站那邊十分鐘還蠻困難的。所以就會跟其他小朋友打鬧。然後老師也沒在管，可能老師也覺得沒有，可能老師也不是很想管秩序，大家就會跑來跑去打來打去之類，其實也沒有很認真在看對面。


然而，隨著主導視力保健政策的醫師群改變，望遠凝視不再壟斷唯一的正當地位。2008 年教育部體育署經過專家諮詢會議後，決定不再如此尊崇兩年前剛



剛取得實驗成果的望遠凝視。因此，近年來，望遠凝視漸漸遭到其他體適能活動取代或吸收，符合政策上的議程變化。在台北市大安區同所國小工作的衛生組長唐老師和護理師阿芬都見證了這個歷程。唐老師雖然沒有參與到市政府層級的會議，但據他所知，「原因呢，我聽說是推了這幾年下來，視力不良的那個比率曲線圖，好像並沒有明顯的改善。」阿芬也指出類似的情況，表示這項體操不再受到官方信任。事實上，直到 104 學年度，這所國小才停止推行望遠凝視眼睛操。在這之後，改由體適能等活動來替代行之有年的望遠凝視操——以便配合「規律用眼 3010」與「戶外活動 120」等新政策下的身體技術。

這項轉變的理論基礎，是高雄醫學大學所提倡的戶外活動說，這批眼科醫師主張**增加戶外活動時間**，才是學生視力保健的正途。這種新說法最早來自澳洲，Kathryn A. Rose 等學者依據父母的活動日誌，觀察 628 名新加坡與 124 名雪梨的 6、7 歲華裔學童的各種用眼狀況以及戶外活動時間。雪梨學童的近視盛行率只有 3.3%，新加坡學童的盛行率則高達 29.1%。研究發現，統計上最有意義的差別在於戶外活動時間——雪梨學童的每周戶外活動時間達 13.75 小時，新加坡學童則只有 3.05 小時 (Rose et al. 2008)。同樣以父母問卷為基礎，高雄醫學大學的眼科醫師吳佩昌等人也在澎湖縣七美島探討 7 到 12 歲學童的近視風險因子。在控制年級等變項後，研究驗證了戶外活動的假說，並發現看電視在統計上並不顯著。因此，吳佩昌等人主張戶外活動的累積時數，可能是鄉村學童近視的重要保護因素 (Wu et al. 2010)。戶外活動有助近視預防的機制，一方面是望遠的動作使得眼部肌肉放鬆，減輕眼壓以及後續的眼軸長度變化；另一方面則是明亮的光線可能減輕視覺模糊，並引起抑制眼軸成長的神經傳導物質。因此，學者主張將每周的戶外活動時間增加到 10 到 14 個小時，不論其活動形式究竟如何，時數的增加都可能有助於學童近視防治 (余幸宜、許秀月、吳麗瑜 2014)。

視力改善策略啟用不同的指標，指認出不同的風險因子以及相應的治理方式，望遠凝視漸漸失寵。2010 年的「學幼童視力保健三年計畫」，便明確地引用了前



述高醫吳佩昌等人的研究成果，將計畫的執行重點項目訂為「減少近距離用眼時間」、「力行規律用眼 3010」、「天天戶外活動 120」與「減少學習壓力」。同樣屬於在學校與家庭中推行的策略，降低用眼時間和學習壓力相對早受採用，規律用眼 3010 和戶外活動 120 則是相對晚出的做法（陳政友 2013）。在 2014 年度推動項目中，可以觀察到用眼 3010、戶外活動時間、減少 3C 使用、望遠凝視、高度近視危險群個案管理、教師增能、家長座談、社區安親班宣導等等多重的策略（張麗春 2014）。如五年計畫的時期不同，望遠凝視如今只是眾多策略的其中之一，部分專家與學校甚至不再推行，或直接把望遠凝視歸為戶外活動之一。那麼，與望遠凝視眼睛操比較，「力行規律用眼 3010」、「天天戶外活動 120」等新策略又有什麼特徵呢？

「規律用眼 3010」和「戶外活動 120」是更加日常化、更個別取向的身體技術。這兩者的共通之處在於調控各種活動的時數，並登記到表格中。「規律用眼 3010」是指每 30 分鐘的近距離用眼後，至少要間隔 10 分鐘，才可以繼續之前的活動。「戶外活動 120」則是期望學童可以平均每天在戶外活動 2 小時，一周總計 14 小時。這些身體技術透露了新形態的有利與不利因子的效益計算，並落實為「太陽日記卡」（張麗春 2014）。原則上，「規律用眼 3010」和「戶外活動 120」企圖以有利因子的頻率與強度為基礎，以便改造日常生活習慣，而不是停留在呼籲健康、批評升學主義的層次。由下圖可見，家長與兒童將填寫表單，紀錄在校日與居家日的相關實作時數。「太陽」日記卡著重戶外光照，「日記卡」的形式則能觀察個別學童的每日用眼習慣，呈現出個別化治理的形貌；活動的內容與地點沒有限制，端看各個學校與家庭如何安排，比集體操作的望遠凝視更加自由，與日常生活結合得更加緊密。因此，「規律用眼 3010」和「戶外活動 120」的整體形式比過去望遠凝視的實施率調查更加個別化，也更加日常化。

表格 十：太陽日記卡。

太陽日記卡

只要走出戶外翻一翻
就可以把太陽迎進課室！

班級：_____ 學號：_____ 姓名：_____

	星期一 (月日)	星期二 (月日)	星期三 (月日)	星期四 (月日)	星期五 (月日)
第一節下課	☉	☉	☉	☉	☉
第二節下課	☉	☉	☉	☉	☉
第三節下課	☉	☉	☉	☉	☉
中午吃飽飯	☉	☉	☉	☉	☉
第五節下課	☉	☉	☉	☉	☉
第六節下課	☉	☉	☉	☉	☉
放學後	☉	☉	☉	☉	☉
今天有戶外課	有☉	有☉	有☉	有☉	有☉
◎3010：用眼30鐘就休息10分鐘。					
放學後3010	達成☉	達成☉	達成☉	達成☉	達成☉
星期六	戶外☉__小時		3010達成☉		家長簽名
星期日	戶外☉__小時		3010達成☉		

引用自張麗春 (2014: 91)。表格區分了周間與周末兩大區塊，周間又細分為各節下課與每天的放學後時間，每天計算戶外總活動時數。因此，日記卡的主旨是累積充分的戶外活動時數，不過問具體內容究竟是什麼，並要求家長簽核。

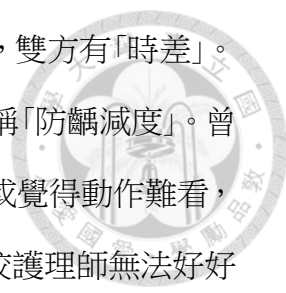
一方面，「規律用眼 3010」控制眼睛使用與休息的節奏，旨在更無風險地運用眼睛，無論我們想用眼讀書還是用眼娛樂。官員與專家認為寫字、螢幕注視與長時間的室內活動——「三近」——將使得學童的用眼距離局限於數十坪空間之內。視野受限，眼壓無從舒緩，學童近視難以避免。這項策略又可以分為讀書寫字與螢幕注視兩大部分。官員與醫師希望教師能控制家庭作業分量，讓學生能在 30 分鐘內完成；如果超過 30 分鐘，那麼就應該引導學生離開座位，停止近距離使用眼睛至少 10 分鐘，甚至提出「下課 10 分鐘，教室要清空」的口號。螢幕注視則包含居家螢幕注視、教學電子白板與電腦教學課程等三個面向。醫師期許學童一天注視螢幕的時間可以低於 1 小時，不管是家庭內還是電腦課，都希望能讓持續住是時間低於 30 分鐘；電子白板則禁止低年級課程使用，中年級課程必須在

15 到 20 分鐘內結束，高年級課程每天也不得使用超過 30 分鐘（陳政友 2013）。

另一方面，「戶外活動 120」企圖中斷近距離用眼，並累積自然光下的活動時間，以便引發阻止眼軸增長的神經傳導物質。「戶外活動 120」可以分為學校上課期間以及下課或休假期間兩個層次。上課期間的措施是鼓勵走路通學、安排戶外早自習活動、推行下課動態活動，並利用體育課或校外教學增加戶外上課時間。課餘時間也期望安排至少半小時的室外活動，假日周末則希望家長能帶領學童出遊，以便累積 2 小時的個人戶外活動時數（教育部 時間不詳）。在校日與居家日都有相應的安排，專家期待能協調學校教師、家長與安親班，向每周 14 小時戶外活動總時數邁進。這項技術可以結合原有的體適能等活動，因為它只問時數，不問活動內容。護理師阿芬解釋道：「因為只要你不在于教室，視力保健啊，因為你出來操場，看遠的東西，一定是對視力有幫助的。」不過，謝護理師則注意到了教學和健康的微妙張力：有些學童可能需要補寫、訂正或罰寫，而被迫在下課時間待在教室中。相對地，這些時數調控活動旨在調配室內外的活動時數總和，謝護理師因此強調：「所以那時候我們就是鼓勵說不管怎麼樣，下課就是讓小朋友通通到外面。」

然而，這些時數控制活動不但未必討學童喜歡，也未必能得到部分家長的配合。「戶外活動 120」雖然提供了表格，以便紀錄實作狀況，但受訪者文文自嘲整個表格都是逢場作戲，「像暑假的時候都會有你有沒有做運動啊、有沒有做家事，都會有一張單子。最後一天開始填，呵呵呵，就是要填兩個月的東西，一天之內要填兩個月的東西，都沒有照著做。」根據行動研究，家長在家對於 3C 產品的管控仍然不盡理想，「規律用眼 3010」的時間計算也往往不準確，因為有些活動必須連貫進行（蔡鴻祺 2013）。目前高中一年級的受訪者 Nicky 也抱怨該原則窒礙難行：「因為不會盯著樹看那麼久啊，休息的時間也不會那麼準確，說半小時就可以起來休息一次」。

事實上，這幾項身體技術主要在國小階段進行，國、高中之後的校園護理另



有重心。學校視力保健活動並未完全覆蓋升學競爭的學生生涯，雙方有「時差」。小學時期的衛生教育有兩個重點項目：近視防治與口腔衛生並稱「防齲減度」。曾護理師因此拿口腔衛生為例，主張國小高年級生常自認為了解或覺得動作難看，不容易推行衛生教育。國中生的基本衛生教育只會更困難，學校護理師無法好好指揮青少年學生動作，只能盡力在國小中、低年級灌輸習慣。她認為國小的近視與牙齒防制無法推行到國中，而且重心已經轉移到藥物使用去了：「第一執行上有困難，第二成效不好。所以這不是他們的重點，他們可能是在菸害防制了。（我：喔…）或是毒品等等之類的，藥物濫用。」謝護理師則認為「國中的重點就在升學」，「沒有什麼空間可以去推這個東西」。國、高中以後，視力保健反而不是正當的活動，學生近視成了正當的工作傷害。

總之，課桌椅的調度與設計，早在 1970 年代末期就已經初見端倪，但早期仍只是附屬於同時期的教育改革。坐姿與握筆等身體技術，也是課桌椅用法的一環，直到今日都持續存在。然而，1990 年代中後期，學者與官員力倡重新設計課桌椅，使得這項策略更加有個體化的治理色彩。相對地，望遠凝視眼睛操在部分眼科醫師的苦心倡議下，在 1980 與 1990 年代挑戰傳統中醫療法與新興物理治療的療效權威。雖然支持者直到 2002 年才成功完成統計上顯著的實驗，但 1999 年到 2004 年的五年計畫仍率先承認了這項身體技術緩解與預防學童視力惡化的能力。這項療法在眼科醫師與視力保健專家間的正當性並不穩固：在戶外活動的相關實驗於 2000 年代中後期出現後，望遠凝視眼睛操在政策上遭到「規律用眼 3010」和「戶外活動 120」等身體技術取代或合併。比起在校內集體操作的望遠凝視，這些新的身體技術更加個別化而日常化，更能配合近視治理日漸著重校外行為的趨勢。視力保健的相關技術不但有朝向相對自主的發展趨勢，也越來越著重個別家庭的日常保健。



二、近視診療市場的結構性飽和：角膜塑型片與雷射手術等商品興起

角膜塑型術和屈光雷射手術等兩項新興醫療科技，可以靠調整角膜厚度與幅度，進而改變眼球的光學構造，達成矯正近視的效果。這兩項新興科技本來都有相對高的醫療風險與爭議，卻在 1990 年代中後期漸漸在台灣流行。在 1990 末到 2000 初的短短五、六年內，它們先後得到衛生署的認證，成為由眼科壟斷的正式處理方法。⁴⁴這樣的過程究竟如何可能呢？

首先，眼科醫學會在 1990 年代，已經觀察到不少會員在**市場飽和**的困境下，轉而投入這些新技術的開發與推廣，以便爭取更多的營利可能。過去，視力保健在 1980 年代初期得不到充分的眼科勞動力支援，但視力保健畢竟不是主要的營利項目，因此在短短幾年後，眼科醫學會內部也討論起自身的市場飽和問題。因為眼科的成長人數在 1980 年代中後期仍快速增加，眼科醫師的平均執業年限又能達到 50 年之久。醫師人數的結構性變化不只限於眼科。根據陳美華（2011），自 1970 年代中後期，大量資本投資私立醫院。私立醫院的數量與床位數在 1980 年代大幅超越公立醫院，在 1990 年代更使得許多中小型醫院或診所陷入經營危機。有鑒於此，部分醫師因而呼籲眼科醫學會，必須設法控制與規劃新進人員的數目，要有意識地介入自身人員的「再生產」：

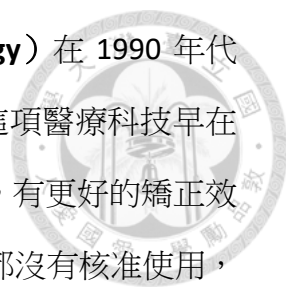
眼科在最近二十年間，由冷門科變為熱門的醫療科，有人認為眼科醫師的收入好，具有專業性而急診及訴訟案件也比其他科系少。因而，眼科醫師數目在近十年呈直線增加，目前已呈飽和狀態。（許紋銘 1994: 17）

⁴⁴ 之所以將角膜塑型片與角膜雷射手術納入「視力保健」的討論，涉及本文兩項研究對象的取捨。首先，這項新商品主要由眼科醫師推廣，屬於醫療產品。因此，雖然各式各樣近視鏡片都可能矯正與控制的效果，但在知識系譜上與使用模式上，仍有明顯的差異。第二，這項產品給了許多人「近視可以治療」的期待，晚近的視力保健計畫也開始提及這項產品的風行。相較之下，近視鏡片屬於較傳統、便宜行事的作法，較符合過去對近視的想像。

眼科醫師在 1980 年代急速增長，1990 年代與 2000 年以後地增加速率則逐步放緩。從 1981 年起，眼科醫師的聘募規則是訓練 4 年後，需要再參加專科醫師考試，才能得到眼科的專任醫師證書（許紋銘與王安國，2014）。通過醫師公會全聯會的資料，1990 年代的眼科醫師人數增加幅度較 2000 年以後的幅度為大：1990 年代每年增加約 45 名，2000 年以後每年僅約增加 33 名，2010 年以後每年僅增加個位數。因此，眼科醫師的總人口由 1980 年的 320 人增加到 1990 年的 816 人，到了 2000 年有 1329 人，2010 年為止則只有 1663 人（詳細數據，參見前述表六）。

其次，1990 年代的健保給付制度，也鼓勵了開業診所盡可能用臨床收益，來抗衡大型醫院的競爭以及逐漸強化的國家保險介入。林國明（1997）指出，自從 1970 年代末期起，隨著大型醫院急速擴張以及逐漸強化的國家保險介入，中小型醫院和基層的診所逐漸失去病患市場。因為當時的醫療保險制度採用雙元費用支付結構：相對容易通過教學評鑑的大醫院，診療價格可以個別洽定；相對地，中小醫院與基層診所的則遵循固定的費用支付標準表，由政府單方面制定。在 1980 年代，隨著保險人口比例的增加，自費的患者也越來越少。為求在醫療市場上維持營收，中小型的診所只好設法擴大利基——林國明認為這些新收益來源常常是過多、不必要、甚至不誠實的診療服務。

眼科醫學會的陳德照醫師，在 1994 年也提出類似的說法。陳德照懷疑立法委員大多不熟悉全民健保的相關法案，質疑整項立法工作太過匆促。一方面，基層門診醫療勢必受到大醫院的資源擠壓；另一方面，本來屬於教學型的醫院也沒辦法好好投入研究，必須面對日益增長的門診需求（陳德照 1994: 31-32）。依據當時的各項保險申報費用與件數，陳德照發現醫學中心的平均申報費用達 862 元，基層醫療只有區區 223 元（陳德照 1994: 37）。本文認為，眼科業界對於角膜塑形片與雷射手術的推展、紛爭與反思，與這個更廣泛的醫療制度變遷有緊密的聯繫。



在這個脈絡下，**角膜塑型片或角膜塑型術 (Orthokeratology)** 在 1990 年代逐漸商業化，提供了中小型醫院與基層診間新的營利機會。這項醫療科技早在 1960 年代就已經出現，但直到 1990 年代才在技術上有了突破，有更好的矯正效果，也更有可能成為醫療商品。起初，美國和台灣的主管單位都沒有核准使用，眼科醫師懷疑這項新興的醫療科技，這項科技早期主要由驗光師和眼鏡公司採用。1997 年以後，投入這項業務的眼科醫師逐漸增加，與驗光師、眼鏡公司競爭。對眼科醫師來說，角膜塑型術的技術含量甚至高過隱形眼鏡。熟悉這項技術的眼科醫師如董曉青等人，便不斷向衛生署反應，1999 年衛生署才規定角膜塑型術可以套用隱形眼鏡的既有規定，也屬於醫療行為。後來，衛生署也在 2002 年公告行政命令，角膜塑型術本身屬於醫療行為，應經過眼科醫師的驗光和處方，才可以使用（丘子宏 2014）。

早期的角膜塑型片還沒有得到眼科學界的支持。眼科醫師董曉青在 1990 年代後期，在研討會大量發表角膜塑型片的研究。董曉青也向眼科同仁分享他的經驗談，可以反應當時的角膜塑型片得到的學界評價。在眼鏡公司投入競爭的情況下，董曉青認為眼科同仁必須區分清楚兩種不同的情況：「社會上有密醫假借醫術害人；也有正牌醫生善意的處置可能發生問題」。董曉青認為不應該一干子打翻所有角膜塑型術的施行者。尤其在家長為兒童近視快速加深而惶恐時，「環境控制與藥物控制往往也無能為力。這時候由真正內行的眼科醫師做角膜塑型術其實是相當好的選擇」（董曉青 2000）。

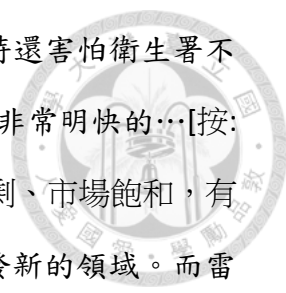
角膜塑型術是非常個人化、客製化的高技術鏡片。因此，董曉青也提醒眼科醫師，角膜塑型術的鏡片設計是相對自主的學問，設計者和醫師有距離，醫師多少必須信賴他人的設計。尤其鏡片的設計「可與齒列矯正相提並論，鏡片設計的精密度與困難度由遠高於後者」。董曉青認為這是一項需要高度專業設計與「細心觀察與照護」的技術。這類照護包含健片的清洗保養與定期檢查，不但需要使用消毒藥水與去蛋白酵素，有時還要由診所的專門儀器再次清洗。使用一段時間後，

更要注意鏡片本身也沒有任何磨損或刮傷。如果當作一般鏡片販賣，忽略這技術設計與鏡片照護等兩個條件，當然容易出問題（董曉青 2000）。

至於**屈光雷射手術**，也經歷了類似的過程，在 1990 年中期才逐漸盛行，並取得主管機關的許可。手術的類型非常多樣，不只有最盛行的雷射手術 LASIK（laser assisted in situ Keratomileusis）一種。它們的共通點就是調整角膜厚度，以便調整眼球整體的光學效果。陳德照早在 1980 年就在台北長庚醫院施行過三起成功的手術。這些手術不但引起台灣的眼科學界轟動，陳德照也在國際眼科的學術發表上得到相當的關注。1993 年在林口長庚的蔡瑞芳醫師則是國內第一起人體試驗的雷射屈光手術。不過，操作的儀器當時還受到管制，只有教學醫院以上的層級可以購買。1994 年，台大和榮總又再度評估，判斷這項技術通過衛生署的安全條件，才在 1996 年後開放給區域醫院以上的機構使用。眼科醫學會更在 1999 年成立角膜屈光手術小組，持續要求衛生署放寬限制。也是在 1999 年七月，衛生署將該儀器（準分子激光儀）從昂貴或具危險性的醫療儀器項目中移除，眼科診所從此可以購買。據估計，該儀器在當年就由 20 多台增加到 30 多台，在 2000 年增加為約 80 台，到了 2003 年更擴張到 150 台之多，臺灣可能是雷射手術儀器最密集的國家（張朝凱、陳德照 2014; 經濟日報 2003）。

屈光手術同樣給人「不必配鏡」的許諾，或謂「屈光美容」，並以前述的雷射手術最為盛行（聯合報 1998b）。台大眼科的陳偉勳就在報刊上介紹，認為除了雷射手術外的其他類型「雖有不錯的療效，但是因預測性差、併發症多等後遺症，目前已多不使用。」（聯合報 2000b）但雷射手術相對簡單、度數預測性極佳、傷口癒合快、病患滿意度佳，因此變成主要的手術模式。陳德照與張朝凱也指出「雷射近視手術引進臺灣 19 年，受術病人近 30 萬，有副作用或病[按：併]發症的發生率低於百分之一」（張朝凱、陳德照 2014）。手術的支持者嘗試讓大眾相信，手術的副作用大致在控制之下，不必有無謂的擔心。

雷射屈光手術的開放相當迅速，有興趣的年輕醫師對此趨之若鶩，甚至形成



價格與廣告競賽。奮力爭取開放的丘子宏醫師如此回憶：「當時還害怕衛生署不答應，訂立了許多條件來限制雷射設備之購置，想不到衛生署卻非常明快的…[按：解除限制]」。之所以如此迅速增加，也是因為眼科醫師人力過剩、市場飽和，有意投入新興業務者多：「一般的診療工作收入減少，不得不開發新的領域。而雷射手術門檻不太高，加上外國的盛況…」(丘子宏 2002: 7)。眼科醫師林丕容也觀察到，當時不光是未必有相關知識的眼科醫師與驗光人員，甚至連不是眼科的皮膚科、一般科等醫師都想參與投資雷射手術。就當時標準，一個雷射中心的儀器也需要 2000 萬以上，這項業務的風險相當沉重(林丕容 2000)。不只是大型醫院，中小型基層診所也有辦法提供這項服務。

由於醫用者的需求不會隨著雷射手術的供給增加而立即上升，經費充足的診所或中心傾向大肆使用各種媒體廣告，在業界造成強化廣告競爭的效果。另一種競爭方式是減價促銷，例如幾人同行做手術，就可以拿到某些折扣。屈光委員認為這種變相的價格戰，只會讓「雷射手術將由『眼科的未來』，變為『明日黃花』。」(丘子宏 2002: 6) 原因是手術收費將無法抵銷各種其他費用，本來如同「藝術作品」般講究各項材料細節的手術，將會難以為繼，壓低手術品質，讓併發症的可能增加。但因為眼科醫學會沒有任何公權力，只能召開協調會，進行道德勸說，因此無法避免各方引入新科技並進行減價競爭的「軍備競賽」(丘子宏 2002)。

總之，眼科診療市場的結構性飽和，促進了角膜塑型術和屈光雷射手術進入醫療市場的合法化過程。這兩項醫療科技在 1990 末期到 2000 年初期之間興起，重要背景是眼科醫師的人口增長，診所在健保規則下也缺乏利基，因此部分眼科醫師積極尋求新的醫療商品。這兩項技術的費用相對較高，因此並沒有成為政策上明文推廣的近視處理項目。自從 1990 年代末，這兩項新產品的正當化與合法化，使得憂心的家長得以在國家促成的標準處理之外，在醫療市場上找到近視處理的新選項。



三、小結

我在本節探討視力保健技術的日常化趨勢和商品化歷程。這些趨勢與歷程著重新、舊作法疊加與共存，而不是非此即彼的取代。視力保健技術既包含最古典的課桌椅調度與設計，也包含相對晚近的望遠凝視與時數調控。商品化的部分則著重眼鏡之外的選項：角膜塑型片與雷射手術，本文也嘗試把這兩者的出現扣連上眼科學界對自身人口變化的反省。最後，本文嘗試將以上的三大類保健技術與兩種新興醫療商品，整理成以下的表格：

表格 九：各項近視保健技術與商品。

名稱	出現時間	支持網絡	技術特色
保健技術部分			
課桌椅調度與設計	日治時代已初步成形，1999 年後正式引入新設計。	教育部門有經費支援、公共衛生與眼科學者。	直接介入校園空間，引導該空間內的用眼方式。
望遠凝視眼睛操	1981 年開始研發。	台大眼科柯良時為主。	集體在校園中操作特定動作。
時數調控計畫	2008 年以後。	以高雄醫學大學為起點，動員行政部門。	由家長依據自身條件，個別安排活動，累積足夠時數。
新興醫療商品			
角膜塑型片	1990 年代中大量增加	眼科醫師與驗光師、眼鏡公司或競爭或合作。	依據個別角膜幅度調整鏡片，於夜間配戴，適合國中以上的年齡層。
各式雷射手術	1990 年代初期開始盛行。	眼科醫師為主。	適合眼睛發展相對穩定的成年人。



第四節 第三章總結

本文認為 1959 年「學校近視」之說發軔，直到 1986 年第一波政策結束，整體重心在「升學主義的健康批判」。張麗春等人（2016）主要依據政策有無，自 1980 年開始區分出五個時期。相對地，我的分期判准是治理部署的運作方式。因此，我依據治理對象、解釋、介入等多重面向，區分出兩大階段，以便指認整體的變化趨勢。我認為，第一個時期的論述與措施附屬於同時期的教育改革，特色是從健康的角度，檢討既有的教育問題。第二個時期可以從 1990 年代學齡前視力不良研究起算，並體現於 1999 年以降的第二波長期政策以及其後續檢討，特徵是「邁向家庭的自我治理」。

綜合這幾個面向的發展，近視治理在這 50 年左右以來，顯露出家庭化自我治理的發展趨勢。「自我治理」意味人們受要求成為積極、負責任的治理參與者，可以自行理性地規劃自己所需的方案。這種自我引導式的權力運作，並不依賴由上而下地強加命令，反而期待被治理方自己引導自己（Rose, 1992）。如同 Foucault 所謂的調控（regulation），這種技術旨在由事物本身的動態變化（流通）引發的效果，來抵銷負面的效果（Foucault 2007: 45-47）。在本論文的案例中，近視盛行率是治理體制的績效，盛行率數字常年居高不下，但這並不意味著治理權力將因此瓦解，也不意味著近視治理的單純「失敗」。相反地，正因為大量學幼童近視人口持續存在，近視保健政策才能由教育問題的附屬品，並逐漸將問題化的焦點由學校教育移向家庭教養，自我監管的成分越來越強。

本文將各個軸線的變化整理為下圖。治理對象轉向學校內外的學童用眼行為，有賴家長的健康信念來引導；解釋論述並陳教育體系的升學主義與娛樂面向的居家 3C 使用，家長的責任益發吃重，而不只是教育體系的罪過；治理網絡拓及社區的眼科診間，學童及其家長能選擇新興的醫療商品；身體技術更逐步邁向更個別化而日常化的模式，沒有強迫規定的一套姿勢，可以用任何方式來累積足夠的

時數；在傳統的配鏡矯正外，角膜塑型片與屈光雷射手術也紛紛出現。因此，整體治理模式變得更加自由、更需要理性而負責的家長（甚至學童本人），展現出邁向自我治理的趨勢。



表格 十：比對升學主義的問題框架與後來更加家庭化的問題化趨勢。

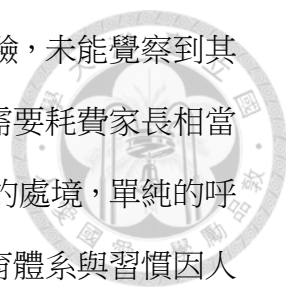
治理形貌	1980 年發軔期：升學主義的健康批判	1999 年後：多重因素的居家調控
時間點	由 1959 年到 1986 年（第一波計畫結束）	1980 年代末起，尤其自 1999 年至今（第二波長程計畫及其後續）
自主程度	依附於教育改革的步調，缺乏自主性	有自成一格的變化節奏或事件序列
治理對象	預防與延後國小學生的近視，並呼籲家長配合	拓及學齡前學童的各種視力異常，並檢討校內與居家的室內外行為比重
解釋論述	以升學主義批判為主，故稱為「學校近視」。	居家 3C 使用與升學主義並陳，由於家庭面鞭長莫及，故家長責任吃重。
治理網絡	學校護理，配合大醫院的視力保健門診。	配合與動員社區的眼科診間。
保健技術	教室的空間改造、時間調整以及深受早期醫師青睞的望遠凝視眼睛操	望遠凝視沒落，改成更個別、日常的「規律用眼 3010」和「戶外活動 120」；且有角膜塑型片與雷射手術等新醫療商品



第四章 近視照護的健康不平等與兩難協商

學校以多元教學方式教導學生，減少國小學童長時間、近距離、不當用眼，並實施九年一貫課程，減輕學生課業負擔，營造一個快樂學習，健康長大的良好環境，並積極辦理各項加強學童視力保健宣導活動，提升相關知能。惟國人仍一味追求「智育」、「文憑」及「不要輸在起跑點」的觀念已深植，於國小，甚至幼稚園、托兒所幼童的家長們已有要求學校，偏重資訊教育及靜態學習，並於課後、假日、寒暑假期間，安排密集的補習學習課程，部分學校因此而提早教導學生寫字、使用電腦並強調過多之智能活動。(教育部體育司 2004: 5-6)

上述引文呼應了本論文前兩章的歷史描述：近視治理起先聚焦學校，但在1990年代後逐步拓展至家庭的自我治理。從升學的策略到休閒的安排，都是有待家長反省、注意的風險因子。家長的教養風格本身也是近視治理的一個環節，在治理演變的過程中，也扮演起越來越重要的角色。升學競爭、休閒安排與視力健康，三者形成了複雜的連動關係：花太多時間在近距離用眼的學習或才藝上(無論那是單純讀書、彈鋼琴或是學習電腦)，可能傷害孩子的視力；放任孩子使用日益盛行的3C產品或大量閱讀課外讀物，也可能造成同樣的效果。甚至，光是讓孩子長期在「室內」活動，缺乏「戶外」活動的時間，也可能對於視力發展產生不利影響。政策制定者逐漸歸納出兩類圖像：家長或者過度執著於升學競爭，而忽略了孩子的視力健康(「甚至幼稚園、托兒所幼童的家長們已有要求學校，偏重資訊教育及靜態學習」)；或者，家長放任孩子沉迷視聽娛樂，沒有仔細管制各種近距離用眼的器材(「部分學校因此而提早教導學生寫字、使用電腦並強調過多之智能活動」)。



然而，這些說法太簡化近視照護的客觀社會條件和主觀經驗，未能覺察到其中的差異與張力。一方面，上述引文列舉的電視、電腦監督，需要耗費家長相當的健康知能與照護或陪伴時間，但不同社會位置的家庭有不同的處境，單純的呼籲無法理解和解決他們的親職問題。另一方面，追求智育的教育體系與習慣因人而異，可惜政府仍傾向視家長為鐵板一塊，也未能深入探討視力保健與教育競爭之間的曖昧張力。切實的政策建議來自堅實的事實認識，政府單純抨擊家長缺乏眼睛健康知識，並無助於改善現況；滿足於過度簡化的二元歸因（升學主義與沉迷視聽娛樂），將妨礙我們擬定切合不同家庭需求的介入措施。相對地，我認為必須先探索各項近視照護實作的客觀社會條件，以便釐清不同處境的家庭如何實踐視力保健的理念；進一步，教育與近視照護之間的關聯有待深入探索，才能了解家長如何協商這兩種相衝突的要求。

因此，我將在本章處理兩個問題：第一，各項近視照護實作需要什麼樣的社會條件——我們是否能觀察到特屬於視力保健的「健康不平等」？第二，視力保健是整體親職的一部分，家長如何協調升學競爭的教育需求以及近視方面的健康價值？為了處理這兩個問題，我將探討行動者具備的「文化健康資本」，以便回應客觀的健康不平等，並扣連親職實作的行動意義，深入探討近視「自我治理」的差異與內涵。依照 Janet Shim（2010: 1-2）的原始界定，文化健康資本是指健康相關的技能與資源(*skills and resources*)，讓人有能力與臨床照護提供者有效互動與溝通。當事人能夠在健康相關的實作中表現並積累這種資本。比如說，購買並使用角膜塑型片後，使用者勢必需要花時間心力，聽從醫療人員的建議，了解其中的風險與操作方式，並逐步在實際使用中獲取相應的經驗之知。不僅如此，我們可以進一步探討當代親職的內在張力。藍佩嘉（2014）主張家長的教養風格取決於經濟與文化資本的總量和所追求的益品類型。但文化資本不是鐵板一塊，Shim 所調的文化健康資本是其中的特殊類型，能夠形塑當事人健康方面的稟性，引導健康親職的實作。而在近視的案例中，更高品質的照護需求常常與追求升學或才藝

的一般傾向起衝突，形成近視親職中典型的兩難情境。因此，我們必須正視不同教養實作之間的張力，以釐清文化健康資本在整體親職中扮演的不協調角色。在近視照護的案例中，我也將探討視力健康與教育競爭的矛盾情結，以便深化文化健康資本的相關討論。



第一節 預防、檢查、處理、防止惡化：近視照護的客觀不平等

近視的風險有待預防、視力不良需要檢查診斷，近視後更需要相應的處理，以及避免近視惡化的各項保健。然而，近視的照護涉及一系列的因子，並沒有單純直接的治療方法。因為根據台灣的眼科學術討論，導致近視的後天環境的因素，包括用眼距離、用眼時間、課業壓力等等因素的作用。但具體的風險項目不只包括讀書、電視、電腦與手機，更延伸到鋼琴、縫紉乃至一切的室內活動。相對地，有利因子雖然可以抽象地統稱為「戶外活動」，但舉凡踏青、放風箏、各式球類運動、甚至單純仰望藍天白雲，都曾經出現在眼科醫師的建議項目中(林隆光 1997)。晚近的研究人員尤其關注戶外活動的近視防治效果，期望能強化這項保護因子(謝佩玲等 2015)。因此，近視照護的親職可以採取非常多樣的形式，但不同家庭的照護密集程度仍有一定的差異。為了瞭解近視照護的多樣性或其中的健康不平等，我將在本節中依序探討預防、檢查、處理、防止惡化等四個方面的照護方式差異，並指認這些實作在不同社會位置上的分布樣態。

一、預防：健康信念或歸因的差異

在成為一項有待實作介入的疾病以前，「近視」首先是一項有待預防的風險，也是需要靠檢查來確認的身體變化。在近視治理的體制中，預防方面的照護備受期待，官員與醫師都希望家長能協力促進視力保健。如果人們投入近視預防的工

作，就需要重新分類親子的各種日常活動與生命故事，因為各式各樣的活動都有可能是近視的風險因子或有利因子。這時，家長對視力風險的知識搜尋能力與興趣，將反映他們在視力保健方面的親職密集程度。

首先，部分家長在近視後才開始進行近視預防（「從無到有」），但他們可能是整體親職投入較少，而不只是單純不進行近視預防。如前所述，既有的政策論述經常提及這種情況，公共衛生的健康信念研究也發現社經地位與教育程度愈低的家長，對近視風險較無警覺，也更可能不加管束兒童的各項用眼活動（彭秀英 2011）。但在本文的受訪者中，這種極端的情況並不多見。只有擔任 Wendy 和 Nicky 看護的花阿姨，可能由於本身沒有近視經驗，年紀也較大，幾乎沒有管過這對姊妹的看書與看電視「時間」，她反倒比較在意電視撥放的「內容」好壞。⁴⁵在本文的案例中，受訪者小潔的例子更有啟發性。目前 34 歲的小潔擔任按摩師，女兒 12 歲。女兒通常由在家的爺爺奶奶照顧，屬於典型的隔代教養家庭。問及她曾經實踐過的視力保護措施，小潔只簡單地回答說，自己會提醒女兒的看書和用電腦的姿勢，但女兒的近視度數仍在距今三年左右的小學三、四年級期間持續加深。因此，小潔才添購了本來沒有的檯燈，因為他們家裡本來幾乎只靠自然光和室內的大燈照明：

寫功課加一台檯燈（我：是數量上加了一台？）不，本來沒有。因為本來，比較小、可能三四年級的時候，就在家裡寫功課，然後那時候放學比較早、那時候還沒有去安親班。…（我：所以本來想說靠自然光？）對啊，因為本來他下課比較早，升上高年級以後下課比較晚。

小潔是這種模式的典型例子，因為本來家中根本沒有配備檯燈，等到了近視變得

⁴⁵ 花阿姨舉例說，電影裏頭的擄人勒贖行為可以提醒小孩子人身安全的重要，可以寓教於樂，讓她更能用溝通而非責罵的方式來照護之。基本上，這個家庭的學幼童視力保健，大多由 Wendy 和 Nicky 的親生母親負責決策，花阿姨協助執行，比如帶她們去眼科診所等等。

嚴重了、放學時間更晚而沒有自然光了，才加以添購。換句話說，這個家庭在小潔女兒近視以前，較少投入近視的預防工作，直到近視以後才添購檯燈，設法補救。我認為這種「從無到有」的預防意識覺醒，是這類家長面對近視的實作特徵。

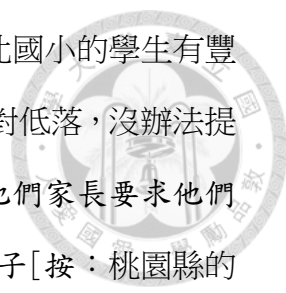
其次，不少中產階級家長傾向以「升學競爭」解釋自己的孩子為何近視，並認為別人的孩子主要是「3C 濫用」所致。也就是說，如果家長認為自己已經花上不少時間來管控 3C 影音產品，就會更強調難以動搖的升學競爭；相對地，如果他們要解釋其他學童近視，則傾向徑直宣稱他們的問題出在沒有節制地使用 3C 視聽娛樂，或者甚至就是新聞上所說的「3C 保母」。比如護理師阿芬宣稱，至少在孩子的國高中時期，她一直都設法管控子女使用 3C 產品的狀況，只是學校和補習班的功課實在無法輕易減少：

電腦我是有叫他們平常他們是不用電腦的啦，然後就是，課業真的沒有辦法。但是使用 3C 產品我會管控，他們也不看電視啊。也沒看電視，平常沒有再看啦。…就是每天一定有學校的功課啊，那也每天一定要寫補習班的功課啊。

同樣地，受訪者唐老師在擔任國小老師的期間，也觀察到三十年來國小層級的近視盛行率越來越高。在解釋這個現象時，雖然國小老師的身分理應帶來更多的觀察機會，而且自己也嚴格管制孩子的視聽電器使用，但唐老師仍然訴諸「3C 保母」的解釋途徑。⁴⁶

另一位國小老師劉小姐，則依據自己在台北市與桃園縣工業區附近的國小的

⁴⁶ 此外，近年的電子化教學相對複雜，因為學童將在同個時空間內，同時觀看臺上的電子螢幕與自己桌上的紙本。如果使用流明度較低的設備，教師通常會指引學生拉上窗簾，熄掉部分或全部室內燈光，以便看清楚電子螢幕的投影。但隨著設備更新，教學螢幕的使用規範也有所轉變。曾老師提到，現在長焦的投影設備流明度較高，我們不需要完全關掉或阻隔其他光源，必須保留一定的光線供學生抄寫：「如果真的要拉窗簾只能拉前面的一小段，教室裡面一定要保持適度的光線，那如果說投影機老舊我們就會去汰換。汰換，讓它比較新的，讓它燈開著，螢幕還是看得很清楚。」當我提及護理師公會對電子化教學的批評（阻隔其他光源），曾老師馬上反駁，認為這代表部分教師的觀念太過落伍。曾老師也補充說，距今六年前，就曾經有資訊專長的評鑑委員指導過電子化教學的使用原則。因此，曾老師或護理師在校內巡堂時，也會提醒其他老師，在投影時仍要保持適度的其他光源。



任教經驗，懷疑兩地學生的近視成因方向不同。對她來說，台北國小的學生有豐富的資源與密集的親職照護，桃園國小的家長在社經地位上相對低落，沒辦法提供充分的監督：「他們[按：台北市國小學生]補習太多，然後他們家長要求他們學得太多。所以他們就讀書，造成那個視力不佳。然後這邊孩子[按：桃園縣的國小學生]視力不佳是坐姿，玩電腦玩手機，我感覺是這樣。」換言之，劉老師也嘗試結合地區間的社經地位差異，用不同的方式解釋學生的近視現象。在她眼中，都會地區的學生近視主要是家長升學期望的受害者，而桃園縣工業區學生的問題，則是整體家庭親職的投入不足。

最後，有些具備專業人員身分的受訪者，解釋時往往直接訴諸整體社會室內生活型態，倡議更直接地強化戶外活動的時間——「**室內/戶外**」才是**關鍵區別**，不論具體的活動項目是讀書學習還是 3C 視聽娛樂。根據張煜麟等人（2014）的研究，受訪的湘平父親身為驗光業者，但本身並不信任角膜塑型片，在湘平近視後安排了田徑隊、整個暑假的山間生活、滑板等多重戶外活動。湘平的父母相信，大幅減少近距離生活的時間，才有可能有力地控制近視發展。類似地，居住在桃園山邊的謝護理師，她的子女放學後習慣在學校附近與友伴嬉戲。不過，她的子女仍在國小低年級罹患近視。謝護理師起初也坦承，自己不知道為什麼這樣的生活還會造成近視，只好訴諸抽象層次更高的解釋——訴諸「**社會型態**」層次的行為與技術變遷：

功課寫完也是到處去玩啊。呵呵，我也不知道為什麼會近視，沒辦法啦，近距離的事情太多了，因為這個社會型態。看書、寫功課、看電視，然後，現在發現所謂近距離是你只要在室內，都是近距離。你不是看書是近距離喔，我們的家庭裡面的活動都是近距離，所以你一定要走出戶外。

更廣義的近距離用眼活動，包括了一切室內行為。在這種情況下，除非家長或近

視當事人能夠大幅增加戶外活動的時間比重，否則不太可能逃脫近視的命運。

事實上，官方的解釋也有室內與戶外的對比，這個區別來自視力不良之「城鄉差距」。1983 年起的全國性調查曾經納入過城市與鄉村的區別，研究團隊的領導者林隆光也注意到都市人生活型態的侷限，並認為這點可以佐證近視的環境因子說（林隆光 1990: 59）。林隆光也嘗試比較「平地鄉鎮」、「純山地生」與「北高大都會同年齡學童」，發現都會學童的近視盛行率高於鄉鎮學童，而這兩者的近視盛行率也都高過所謂的「純山地生」（林隆光 1997: 26-27）。「純山地生」並不是換個說法來指稱原住民各族群，而是依據居住環境進行的人群分別。林隆光強調：「在青山綠水為伴的山地鄉長大的小孩，無論是山地學生或平地學生，大多有很好的視力（二·0 或以上），亦很少近視眼」（林隆光 1997: 216）。進一步，施永豐在為政府撰寫的文獻回顧報告中廣納各國的調查資訊，推測：「因為鄉村有較多時間可以看遠方，而且有較強的光線。…城市的近視率遠高於鄉村。」（施永豐 2005: 35）。雖然城市與鄉村的操作性定義與其中的因果機制都不明朗，但施永豐仍強調，鄉村人的戶外工作與生活量大致上仍多過都市人（施永豐 2005: 36），因此雙方的視力不良比率有一定的差距。

總之，我認為預防上的投入程度，可以區辨出各家長的文化健康資本差異。第一類家長低度投入近視預防的實作，他人以及政府常斥責他們疏於親職，以 3C 為保母，通常在子女開始近視後才「從無到有」地設法補救。第二類家長自信自己已經投入許多心力，降低 3C 產品的使用，因此主張自己的孩子是因為升學競爭而近視，其他人才可能是濫用視聽娛樂所致。對這類家長來說，具體的歸因項目非常重要，甚至可以藉由貶低假想中的疏忽家長，來突顯自己的親職投入努力。第三類家長則訴諸抽象層次更高的「室內」與「戶外」的活動時數區別，重心不再只限於讀書學習或視聽娛樂等具體項目。也因此，我們可以發現這三類型的家庭，在整體親職的投入時間上也有高低多寡的區別：第一類家長最少，後兩類家長較多，否則無法監看和引導子女在家中的用眼行為。



二、視力檢查的健康不平等

自從 1964 年政府公布「台灣省各級學校衛生教育實施辦法」以來，視力檢查一直是與身高、體重測量並列的「常規性檢查」。教育部與衛生署也在 1997 年，頒布「國民小學學生健康檢查實施辦法」，開始使用健康紀錄卡，協助收集與管理學生的健康資訊（中華民國學校衛生協會主編 2010: 6-10）。學校的護理師將發放「視力不良通知單」，給其中一眼視力不足 0.8 的學生，要求家長帶學童到眼科診所中，進行方法上更嚴格的「複檢」。⁴⁷理想上，每次檢驗都應該先點一種名為「散瞳劑」的眼藥水，讓眼睛肌肉放鬆，排除掉相對短期的疲累或生病等因素（中華民國眼科醫學會編審，2001: 15-16）。⁴⁸一般來說，視力檢查將在老師與護理師的指揮下，全班統一進行。目前常見的 E 字表有個公認的優點，就是比 C 字表簡單：E 字表只有上下左右，C 字表有右上、右下、左上、左下等方位（中華民國學校衛生協會主編 2010: 15-16），護理師阿芬表示：「所以小朋友在那邊揮來揮去比較不是那麼明確」。即便如此，對於還不太能分辨左右的低年級學童而言，要正確表達自己看到的 E 字表視標，也是一大挑戰，因此謝護理師也笑著感嘆：「所以做低年級比較辛苦。所以做到幾個比較聰明的可以用講的，你就好高興喔！」（參見圖四）。

⁴⁷ 學校內使用的視力檢測儀器，主要是微電腦操控的 E 字表，針對人類觀察遠方時的中心「視力」(visual acuity)。E 字表的英文字母 E 稱為「視標」，除了英文字母 E 以外，也有英文字母 C 和其他數字或圖二，需要的測驗條件不盡相同。使用 E 字表時，理想的測驗距離是 6 公尺。因為在光學上，專家把 6 公尺（約 20 呎）遠的光線視為平行光線，這時眼睛觀察視標 E 所需要的調節力不多，光學上可以忽略不計。護理師會請學童站在離視標 6 公尺處，以微電腦控制螢幕上顯示的圖像，請同學報告自己看到的字母缺口方向。通常會請學生先拿下矯正眼鏡，測量所謂的「裸視」，再配合測量矯正後的視力。E 字表測驗的視力計算方式，是把這 6 公尺或 20 呎當成正常的分母，把測驗者的視力檢查結果當成分子。比如說，正常人能在 20 呎看到的視標，我需要貼近到 10 呎才能看到，那我的「視力」就是 0.5。相對地，所謂的「度數」則特指鏡片本身的屈光度，較常在配戴眼鏡時使用。「視力」是身體功能，「度數」是鏡片規格，「視力」和「度數」學理上不能混為一談——儘管口頭上我們並沒有嚴格區分。

⁴⁸ 不過，學校內的視力檢查大多沒有點眼藥水的餘裕。另一方面，視力檢查得出的「視力不良」，可能來自各式各樣的眼部變化，還需要參考眼軸長度等數據，才能判斷特定案例是不是「近視」。舉例來說，遠視或輕度的散光也可以在配戴矯正眼鏡的情況下，得出視力 1.0 或超過 1.0 的成績，但這不代表他們的眼睛沒有其他異狀。



圖 四：眼科檢查的實作難題。



部分眼科醫師也注意到檢查兒童的難處，有些學童會把視力檢查當成競賽或遊戲的場合，偷看並背誦「答案」（「我可以背到 2.0 了！」、「跟去年的視力表又一樣喔！」），甚至向同儕炫耀（「我不戴眼鏡也看得到！」）（圖片引用自林隆光 1997: 20）。⁴⁹

然而，首先，仍然有部分家長**抽不出最低限度的金錢與時間**，使得視力檢查的複檢窒礙難行。政府在 1999 年頒布的「加強學生視力保健五年計畫」，期待提高學童轉介與矯正的比例，要求各校的護理師達到百分之九十的回條回收率。在學期終了前，部分縣市的教育局會密集地向國小發布公文，提醒護理師完成這項要求。如果沒有達到這個標準，教育局將要求護理師撰寫報告，以公文回覆教育局。在社經地位相對優渥的都市地區，護理人員可以順利達標。例如，擔任北市大安區國小護理師的受訪者曾太太便表示，在她實際打電話催收以前，就已經有超過九成的回收率。最後，「全校」也只有一個同學沒有繳交回條，回收率達到 99.9%。相對地，在桃園鄉間擔任國小護理師的謝小姐則指出，該地區家庭的社經地位相對弱勢，也有許多單親或隔代家庭，家長相對難以配合視力的複檢。受訪的謝護理師認為七到八成的回收率就已經算很高了。謝護理師甚至乾脆建議校

⁴⁹ 筆者推測，由於作者力倡使用萬國制視力表，所以書中漫畫也以 C 字表為主。

長，由她本人帶上學童的健保卡，直接去診所檢查，否則無法達到政策要求的 90% 回收率。⁵⁰

其次，即便願意在近視初期配合，家長也未必能定期前往眼科診所檢查；他們反而更傾向在視力加深時，直接前往眼鏡行更換鏡片。在早期的制度設計中，「已矯正」的學生不需要繼續去眼科診所，只需要家長在視力不良通知單上簽名。這意味著該兒童不但不會繼續點用散瞳劑，也不會進一步確認自己的視力不良有什麼其他變化。例如受訪者小華，在配戴眼鏡後，學校檢查就把她當成「已矯正」，沒有要求繼續上眼科機構就診，因此沒有繼續拿到散瞳劑的處方。即使到了強制要求家長繼續檢查的台北市，受訪的曾護理師也指出，許多家長不解為什麼已經配鏡的孩童還需要再去眼科院所檢查。同樣地，伊小姐的女兒有先天性散光，伊小姐在她學齡前時期頻頻向眼科診所求助；但一旦散光穩定下來，即使近視度數慢慢攀高，伊小姐仍鬆了一口氣。在女兒國中時期，伊小姐漸漸不再固定回診。也就是說，當散光大致控制住，近視風險本身並沒有讓伊小姐感到固定回診的必要。換言之，遵循醫囑與持續檢查度數，本身也是一項親職勞動，不只需要相關的健康信念，更需要一定的時間心力。

最後，也有少數較具有醫療專業的家長，傾向養成定期視力檢查的習慣，或者至少能夠、願意緊密配合校方的視力檢查時程。擔任護理師的謝小姐，甚至有條件直接讓小孩用學校器材隨時檢測。同樣地，護理師阿芬的兩個女兒分別在國小五年級和國小三年級近視，因此，阿芬也會在學校檢查之外，另外在寒暑假期間定期檢查兩個女兒的視力。相對地，身為醫藥科系副教授的岑小姐，也是直到第二個孩子上學時有更嚴密的視力檢查回條制度，才逐漸養成定期回診的習慣：

像妹妹這半年視力有一點，可是這半年、一年他現在就升四年級，這兩年來我們有比較乖啦，依據老大的經驗，我們定期的密度有比較高啦，雖然還是

⁵⁰ 這項建議後來遭校長否決，理由是證件與交通上的安全問題，校方難以負責。

兩個月三個月，但沒有拖成半年才去這樣子，就是她現在還可以靠點眼藥水維持，還可以不用戴眼鏡。



岑小姐進一步解釋，為什麼她覺得檢查回條帶給她這麼大的改變：「你有那張表，就像有個功課，孩子會來跟你講，變成帶她去看醫生是我們的責任」。換句話說，岑小姐認為照護責任明顯地轉移到家長這一方。岑小繼續補充說，當面和醫師互動，更能夠了解相關的實作細節，也會讓自己和孩子都提高警覺。尤其，雖然她自己有醫療專業相關的背景，但子女不一定會把母親的專業建議當一回事：「當你是媽的時候，他也是會相信，但就是覺得不會那麼有效」。因此，岑小姐認為家庭之外的專業人士，更能協助孩子建立起相關的健康信念。

因此，雖然視力檢查是長年以來的必備檢查項目，但這不代表所有人都能遵行理想中的醫用互動，也就是視力複檢，甚至定期回診。有些家庭連第一次的複檢都無法參與。相對地，有些家庭則是點完第一批以後，就沒有繼續複檢，而是直接進入配鏡階段。只有相對少數的家庭，能逐漸建立起這種特殊的醫用互動習慣。總之，為了前往眼科診所檢查並添購散瞳劑，這些家庭仍需要最低限度的消費能力與健康知識（大略知道近視在日常生活中造成的不便以及眼鏡的基本用法），甚至必須抽出足夠的時間，才可能在使用中建構起符合眼科醫師期待的近視病識感。

三、近視處理：取得難易不一的光學矯正輔具

提及近視，我們往往馬上聯想到配戴眼鏡的情景。眼鏡當然需要一定數額的金錢投入，但出於功能矯正的必要，大多數家庭並不會吝惜這方面的開銷。遍布台灣全島的眼鏡商店，也為配鏡大開方便之門。因此，有意義的差別不是「有沒有」配戴眼鏡，而是眼鏡的更替數目和種類。

首先，更替數目不但顯示出基本消費能力的社會差異，也能透露出不同世代對於眼鏡的意義理解落差。年約 50 歲的受訪者劉小姐比較自己和自己孩子（約 20 歲）的世代經驗差異，認為以前家裡貧窮的時候，就連最普通的眼鏡都是沉重的負擔；現在的小孩即便度數不變，也可能為了外觀而更換鏡框。劉小姐對此相當不解，甚至有些氣憤：

劉小姐：…[按：家裡]很窮啊，你花不起這些錢啊，眼鏡壞了你還要弄，還會掉啊，還會怎麼樣啊。以前物資太缺乏了，現在你看那個，欸對！他換眼鏡最讓我困擾，欸奇怪好好的怎麼要換眼鏡？因為那個框不一樣啊！又什麼什麼啊，他們兩個丫頭會這樣子啊。很好命啦！小孩子現在物資不缺。我們那時候不是這樣。

其次，就種類來說，形形色色的新光學產品，為近視矯正打開了一片新天地。受訪者 Wendy 與 Nicky 姊妹有豐富的近視處理經驗，她們的母親曾另外到外縣市的光學「博士」處，客製化地購買了多焦點的矯正眼鏡。母親認為這位「博士」比較厲害，可以配出更有矯正效果的眼鏡。除此之外，比起普通的近視矯正鏡片，角膜塑型片是更受注目的新產品。近視的嚴重程度並不是不可逆的線性發展，有些技術可以更有力地凍結近視惡化：兒童或青少年時期還無法直接訴諸雷射手術，如果家長希望更有力地控管近視度數，他們往往會訴諸「角膜塑型片」。這項產品是 1990 年代中後期以後，逐漸興起的近視診療方式，因此五十歲以上的受訪者未必聽過這項技術。當事人配戴完角膜塑型片的隔日白天，不需要配戴任何眼鏡。但如果好幾天不戴角膜塑型片，視力又會回復到原本的狀態。因此，依據醫囑，角膜塑型片通常需要連續配戴好幾年，控制度數在容易上升的青少年時期不要上升（Mei-Chuan Yang et al. 2003）。使用者小英也說：

我媽決定為我跟我妹用塑形眼鏡的原因，因為它的優點之一、他宣稱的優點之一，就是它會讓你度數不再增加嘛——或至少不要增加那麼快。然後我十二歲開始用，我印象就是到現在十年了。

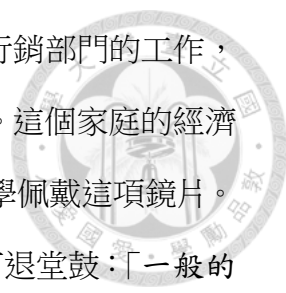


這種鏡片需要個別依據當事人的角膜弧度訂製，因此第一副鏡片往往所費不貲。如果意外打破或磨損鏡片，為求安全起見，專業人員通常會建議更換。模組如果還在原廠處，那價格可能較第一次訂作便宜。因此，經濟能力較寬裕的家庭，較可能使用這項技術。

角膜塑型片是夜間配戴的硬式隱形眼鏡，效果是改變角膜幅度，在不直接改變眼軸長的情況下改善眼睛的對焦能力。這項技術是臨床上眼鏡和散瞳劑之外的替代處理。實際使用過的小英宣稱「你晚上睡覺前，把那個拿出來用一些專有的洗滌液洗乾淨沖乾淨，然後滴濕潤液戴下去。其實這個熟練之後就是很快，根本不會費時什麼的」。難道實際使用真的那麼容易嗎？小英緊接著羅列一連串的操作程序，不難想見剛開始配戴的國小或國中學生，有多麼需要相應的協助：

然後我小時候配戴的醫生是說，要配戴六個小時不要超過八個小時。總之配到起床之後，用吸管把他吸出來。因為它是硬的，不像一般的可以拔。吸出來然後泡一些專有的洗滌液。其實就是這樣。**我覺得難的是你有沒有辦法天天做這些。**慢慢地沖洗然後把慢慢地泡。因為它還要，一個禮拜至少一兩次，用那種去蛋白的洗滌液，然後倒在鏡片上搓搓搓，還要同個方向，不可以逆向，搓個四、五十下。（強調為筆者所加）

眼科診所在配戴完角膜塑型片以後，會要求一到兩個月定期回診。不只是為了確認眼睛是否出現感染等症狀，也是為了用專業機器再次洗滌鏡片，確保角膜塑型片本身沒有殘留人體分泌物。換言之，角膜塑型片的維護遠比一般的矯正眼鏡和



健康商品費工。受訪者 Andy 在新竹科學園區附近的公司擔任行銷部門的工作，但他和太太工作時間較長，通常晚間七、八點以後才會回到家。這個家庭的經濟收入與教育程度都相對高，而且他們目前國中的兒子有不少同學佩戴這項鏡片。但由於 Andy 自認為無法負荷求診以及後續的維護工作，終究打退堂鼓：「一般的上班族無法整個晚上在那邊弄那個事情。幫小孩弄那個塑型片，那那個配戴還要調整，不是太方便，所以後來就沒有考慮用塑型片這樣子。」國中生 Nicky 甚至自豪地表示自己可以自理所有程序，而她的同學卻做不到。不僅如此，如前所述，當事人還需要定時將鏡片送回診所，以其他儀器檢查鏡片是否受損或殘留人體分泌物。因此，綜合價格、資訊要求、照護工作（包含裝配與維護），角膜塑型片是近視處理策略中少數同時達到三種高密度親職的實作項目，也經常需要近視當事人自我照護的勞動投入。

總之，近視矯正鏡片雖然普及，但我們仍能觀察到若干健康不平等。大致上，絕大多數近視兒童都能使用近視鏡片，但只有部分人的家庭有能力提供更進階的選項。這些選項或者包括各種多焦點、藍光等改良鏡片，或者涉及角膜塑型片，能夠更有力地控制近視發展。相應地，當事人不只要有充分的經濟能力與健康資訊，還需要有時間或願意花時間，否則也無法裝配這類客製化的鏡片。

四、防止惡化：由片面到全面的光譜

進一步，如果近視不再只是風險，而是既成的「事實」，那麼視力保健實作的任務，就是控制度數不再上升：近視不再只是有無的問題，更是程度上深淺的問題。⁵¹根據眼科醫師的說法，高度近視可能在中老年時期，引發各式的合併症：「高度近視患者的眼球，常因眼軸變長，眼球壁變薄、組織變弱，而容易引起視網膜剝離、黃斑部出血、視神經病變、青光眼、白內障等合併症，甚至有導致失明

⁵¹ 必須再次提醒，度數是透鏡的單位，屈光度才能表達視力。然而在日常用語中，我們通常直接籠統地稱之為度數。

之虞。」(教育部 1999: 2) 因此，醫師們強烈建議近視當事人及家長，必須盡可能在容易惡化的年齡層減緩惡化程度，以避免各種難以處理和矯治的合併症。

首先，相對片面或單純的近視保健方法，是只**依賴配戴眼鏡**，而不涉及其他居家環境或生活風格的轉變。矯正眼鏡不但能在功能上維持足以生活的視力，也能緩解視力惡化的幅度。兒童近視是個漸進增長的發展過程，配戴的鏡片慢慢往上加深，但不會有立即急迫的危害；兒童近視處理只能從矯正與控制度數起步，缺乏快速見效的治療手段(雷射手術則通常限定成年人口使用，患者通常已經有多年近視經驗)。一般相信，沒有經過矯正的眼睛相對容易惡化，因此眼鏡不但是輔具，也有預防近視增長的潛力。

進一步，同樣不改變更全面的生活風格，家長與當事人可能開始涉及「足度矯正」與否的選擇。「足度矯正」是指配上能達到最佳視力的凹透鏡度數，原則上可以滿足日常生活的需求與眼科意義下的度數控制。一方面，常見的看法認為，足度矯正可能加速近視的發展。由於過度矯正也可能讓睫狀肌難以放鬆，在長時間近距離的工作後加深疲累，進而引發近視惡化(台灣眼科防盲教育研究醫學會主編 2013: 10)。另一方面，沒有足度矯正，也可能使得當事人必須眯眼經或者做出其他的代償行為，同樣可能加速視力惡化。例如主持計畫的醫師吳佩昌指出，通常業界會將 150 度當成能否配眼鏡的標準，但由於個別孩童的眼肌調節能力不同，有的人能夠適應，有的人為尚未配戴眼鏡所苦(臺灣健康促進學校 2014: 2-3, 4)。雖然國際眼科學界近來支持足度矯正的理論(WHO 2017: 13)，但仍有不少家長相信度數不能配太滿，並依據這個原則來調整自己與子女的配鏡實作。

此外，部分家長會有「配戴眼鏡就好不了」的意識，引發「拿上拿下」或是「持續戴上」的兩難。要不要在所有用眼的情境下都配戴眼鏡，也涉及複雜的考量。依據前述足度矯正的近視惡化風險，適時地在近距離拿下眼鏡，可以放鬆調節能力較強的兒童眼肌。因此，「如果低度近視太遠的時候[才要]戴，太近的時候就不要戴[眼鏡]」(臺灣健康促進學校 2014: 4)。這種觀念深植人心，許多家長因

此希望小孩能坐在靠前排的位子。前述的劉小姐目前是桃園地區的國小教師，過去也曾經在台北市東區的國小任教，她發現兩地的家長在接到視力不良通知單後，都會有段不願意承認罹患近視的時期；「他們都不希望孩子配眼鏡」、「配眼鏡就定啦，他就覺得定了」。因此，家長接下來的行動是訴諸教學現場的空間改善，積極要求老師協助換到前排座位，使得前排座位供不應求。劉小姐無奈地表示：「我就跟他講這沒有辦法，我們會輪。那如果真的要抄黑板，我們會讓他到前面去看」。

其次，生活方式的改造可以更進一步，投入更大量的資源或心力，進行**物理治療或其他眼睛保健習慣**。在許多公開的線上論壇中，不少人會分享自己如何控管子女視力運用時間。這些做法基本原則極為接近本文第三章討論過的時間控管技巧，包括近距離用眼 30 分鐘就要休息 10 分鐘、每天晚上散步、周休二日必須出去踏青、減少才藝與課後輔導等等。有些家長相信只要嚴格實行這些規則，就的確能夠如同眼科醫師所言，成功控制住近視的增長：「只要能真正改善用眼習慣，就能扭轉近視不斷加深的命運」。⁵²在本論文的受訪者中，小英小時候也都曾經參與過類似的課程。母親每周會帶她到課程中心所在地，讓小英在那裏使用視力矯正器材。母親會在這段期間先離開，幾個小時課程結束後，再接小英回家。也有家長在網路上積極尋求視力回復課程的資源。一方面，是因為他們雖然也想加強戶外活動，但並不是每周都有時間能出去。另一方面，「用物理治療也不如自己學會操練眼睛（因為機器總不可能帶著走吧!）」⁵³除此之外，眼睛按摩也深受歡迎，一位家長在論壇上分享自身經驗：「小六時她有一陣子跟同學 MSN 的很勤，導致罹患輕度近視 100 多度，我自從那時開始，就『每天』幫她按摩眼眶周圍穴道。」⁵⁴這些物理治療或保健辦法，比單純購買眼鏡更耗時間心力，因此這類家長如果有所收穫，往往會強調規律進行的重要。這些措施可說是更進階的防止

⁵² 網路論壇 Babyhome，2012，〈眼科醫師給近視兒童的中肯建議！〉。網址請參見參考文獻。

⁵³ 網路論壇 Babyhome，2012，〈近視治療 - 歐格利視力回復有人要一起上嗎? 台北永春捷運站〉。網址請參見參考文獻。

⁵⁴ 網路論壇 Mobile，2015，〈小一兒童(7 歲)近視治療〉。網址請參見參考文獻。

惡化手段，屬於日常生活中的例行行為。

最後，相對極端或徹底的方式，是改變自己既有的室內或智育為主的生活風格，**大幅增加戶外活動或運動的時間比例**。這種作法和預防近視發生一樣，近視後如果能持續維持，便能夠阻止近視繼續惡化。前述張煜麟等人所訪談的湘平，父親本身即驗光從業者，但父親卻質疑角膜塑型片的近視控制能力，也擔憂該類鏡片傷害角膜的風險。相對地，他們選擇讓湘平在三年級後參與田徑隊練習，暑假期間也帶到麥寮地區的祖父母家庭，協助進行一個月左右的山間農作與遊戲。

雖然沒有前述個案例徹底，但受訪者盧先生也相當提防女兒的近視。盧先生順應女兒彥庭的興趣，在國小階段長期參加了溜冰與跳舞等才藝班，溜冰的部分甚至能參與國小層級的比賽。因此，彥庭直到國中二年期才開始發現輕微的近視，而盧先生也馬上提供了角膜塑型片。事實上，盧先生的近視照護方式並沒有湘平父親那麼激烈而全面。但相對其他家庭，他們子女的生活風格顯然容納了更多的戶外活動機會。這種生活風格的轉型是不少眼科醫師心目中最理想的近視保健方式。除了當心讀書與視聽娛樂外，林隆光也提醒：「**自幼學音樂（彈鋼琴、拉小提琴之類）的孩子，因長時間看琴譜，也是容易近視的。故如果要預防近視眼，須從小培養偏向運動型的體質，可能較有益。**」（林隆光 1997: 216-217）

此外，類似謝新誼（2014）對家電購買的觀察，戶外休閒活動尤其常見父職照護的作用，父親們傾向將戶外活動詮釋為一種視力保健的手段。問及子女的休閒嗜好是否能協助控制視力惡化，訪談過程中沉默許久的金先生立刻回答：「我從小就訓練他們打棒球」，暗示這也是種視力保健手段。雖然金太太淡淡地反駁：「很少，我覺得，小明他不太愛，小的時候不太愛」，但金先生仍堅持當初有特別去買了棒球手套，有空就會帶到住家隔壁的操場練習。金太太隱隱地抗辯，身為家庭主婦，她看到兒子們平日晚上「可能就是看電視，寫功課，讀書，那時候還彈鋼琴」。共同受訪的兒子小明接著緩頰，承認說主要用在學校的時間打棒球。相對於這個有爭議的情況，唐老師和分開受訪的太太張老師，都指出主要由唐老

師安排郊外踏青活動。唐老師在學校長期擔任體育組長，對於運動習慣格外重視。女兒們年紀越小，這項活動越由唐老師組織：「也不是每個假日啦，像我本身南投人啊，離溪頭很近啦，像他們小時候常常回南投啊，所以你說接近大自然也都有啊。」在近視保健的訪談情境中，父親受訪者們傾向視戶外活動為視力保健的手段。

總之，在近視惡化的防範上，我們可以由片面到全面，區分為視力健康而調整生活風格的程度。最片面的調整是只加上眼鏡，有了輔具以後，當事人大致可以進行原有的日常活動。我們頂多只需要再考慮眼鏡配帶的方式。其次，父母也可能大舉控管用眼習慣或投入視力回復等物理治療。最後，也有少數案例能夠更全面地轉化原有的生活風格，脫離都市社會的室內生活與高競爭的教育環境，轉向更多戶外活動的生活模式。

五、討論：文化健康資本與照護勞動時間

我嘗試描繪各個家庭在近視預防、檢查、處理與度數控制等四方面的實作差異，我認為這些差異體現了不同家庭的文化健康資本差異。首先，在近視預防方面，部分家庭主要在近視確診以後，才開始進行近視預防該有的實作；另一些家庭則會認為自己的孩子主要是升學讀書所致，是其他家庭未能嚴加管控 3C 使用；最後，少數有專業醫療背景的家庭，則傾向以室內與戶外的分別，來理解近視預防的注意事項。其次，視力檢查雖然已經是制度性的必備檢查項目，但仍有部分家庭做不到複檢，大多數家庭雖然能參與複檢、但不會進行定期檢查，少數具專業背景的家庭才漸漸建立定期回診的醫用互動習慣。第三，絕大多數家庭都有能力提供基本矯正鏡片，但近視處理方面仍有許多更新穎也更昂貴的光學工具，例如角膜塑型片。這類鏡片顯然不是所有人都能運用。第四，近視的度數有待控制，然而有些家庭完全只依賴矯正鏡片，有些家庭則能更實際而強力地管控子女的


3C 休閒，少數家庭則更極端地轉化原有的生活風格，加入更多的戶外活動。因此，近視的案例呼應了 Janet Shim 提出的文化健康資本之說，不同社會位置的家庭的確有健康技能與資源上的差異，表現在上述的近視保健四環節中。

進一步，以下幾個案例的對比，可以協助我們瞭解為何健康知能與資源，無法包含**照護勞動時間**的影響。受訪者阿珍的職業（目前是早餐店店長）與教育程度（高中畢業）跟其他受訪者差別較大，但她靠著相對大量的照護時間來自我增能，彌補其他條件的不足。由於女兒有 100 度的先天性散光，阿珍非常擔心散光對於近視的惡化效果：「散光醫生說它也不會越來越重，可是因為散光會影響小孩視力，看黑板不舒服，會慢慢有近視的傾向。」⁵⁵因此，阿珍對於視力保健下足了功課，長年製作剪報，一面充足自己的健康知識，一面設法以專業權威說服女兒。阿珍自認教養方式相當嚴格，同樣強力追求升學競爭，培養階級流動力。女兒一上國小，阿珍馬上跟著進去當愛心媽媽，最大化監管時間。除此之外，為了補充各式有助眼睛生長和代謝的維生素，阿珍也每天烹煮特定的蔬果或魚類。

相較之下，前述高學歷的行銷業者 Andy 在照護上較投入眼鏡鏡片，此外沒有其他額外的介入方式。對 Andy 來說，兒子的近視原因：「就可能看東西太近啊，看電視太近啊，看 3C 太多啊，手機玩太多啊，我想不外乎是這些因素啦」。事實上，Andy 夫妻由於工作繁忙，平日都請獨生子到保母家去住，下完班以後才會接兒子回自己的家。不過，Andy 先生碩士班讀光電研究所，自認為熟悉眼鏡本身的設計與構造：「如果你看的手法其實是有一些學理根據的，我就看得出來啊，還是只是土法煉鋼，這個感覺就不大一樣。」

如前所述，同樣屬於高教育程度與高社經地位的家庭，Andy 自認為時間不足以應付角膜塑型片的裝配與維護，但 Wendy 與 Nicky 的家長沒有這方面的限制：他們不是上班族，而是自己經營設計公司；工作固然忙碌，因此他們還請了

⁵⁵ 受訪者伊小姐的女兒同樣有高度的先天性散光，但在散光獲得控制後，伊小姐便較少介入女兒的視力健康狀況。在女兒國高中時期，伊小姐只有協助配戴鏡片，除此之外沒有多做其他處理。伊小姐認為近視很正常，所以不像阿真那麼戰戰兢兢。




一位保母（花阿姨）。小學三年級配戴普通鏡片時，目前國中的 Nicky 說：「恩，是媽媽和阿姨[按：保母花阿姨]都有帶我去，就媽媽帶我去前面一兩次，之後都阿姨帶我去」。她們的母親本身也使用過近視雷射手術，在眼睛的新興健康商品與服務方面，相對具備資訊與知識。除了角膜塑型片外，他們也有能力運用多重的輔助療法，包括握筆訓練器、額外的光學矯正、五花八門的保健食品等等。整體來說，阿珍曾經轉換為全職母親，以便充實相關的健康知能並付諸實踐；Andy 先生雖然有充分的經濟與文化資本，但照護投入的時間相對貧乏；通過請保母等方式，Wendy 和 Nicky 的父母在近視照護方面更多樣而全面。因此，我認為在單純的技能與資源之外，照護勞動時間也是一項關鍵因素。

因此，除了 Shim 所說的健康「技能與資源」，我認為「照護勞動時間」也非常重要：身為死勞動，資本需要「活勞動」來加以活化。事實上，類似社會位置的家庭，在照護實作上也只有部分相似，沒有完美的重合。相反地，缺乏特定的健康知能或資源的家長，如果是全職的照護者，仍有辦法靠提高照護勞動時間來彌補其他條件的不足，強化視力方面的預防、檢查、處理或惡化控制。畢竟，近視預防與察覺都需要一定的互動時間；檢查更是極為勞心勞力，連前述的教授岑小姐都自認為沒時間作好；處理的部分，角膜塑型片的選購和保養也需要父母的大量時間；絕大多數人的近視惡化控制手段侷限在 3C 管制上，原因是他們往往難以參與或組織大量的戶外活動。

第二節 協商教育競爭與視力健康的實作張力

在上一節，我討論了家長在預防、檢查、處理與惡化控制等四方面的實作及其不平等的客觀分布，並發現追求教育的努力常常與視力健康相互衝突——這項觀察呼應了過往文獻提及的「**升學主義**」（王震武，2002；顏學誠，2014）。這份張力是近視自我治理的特色。事實上，在實作項目高度類似的預防和惡化控制等



環節，幾乎所有家長都體現了一種「差別待遇」的傾向：大多數家長相對傾向大力管制 3C 視聽娛樂，他們可以較無負擔地視之為風險因子，但面對國、高中以後的升學競爭，家長的態度含糊許多。因此，如同過往政策與研究多次提及的「升學主義」批判，追求競爭的教育風格不只是一項益品，也是導致視力惡化的風險。那麼，如果大多數的家長既不願意完全跳脫升學競爭的教育體系，也仍然願意投入近視照護，他們將如何協商教育流動與視力健康之間的緊張呢？也就是說，撇除「整體親職失能」與「徹底轉換生活風格」等光譜上的兩極後（詳見前述第四章第一節第四點），一般的家長如何設法妥協這兩項相互衝突的要求呢？在近視照護的案例中，「升學主義」究竟有什麼樣的主觀意義、並體現於什麼樣的近視照護策略？更一般地說，不同的教養實作之間，究竟如何衝突以及協商呢？

為了具體描繪「升學主義」在家庭照護中扮演的角色，我們要繼續追問教養益品與健康益品之間的特殊張力，以便瞭解這份張力如何左右近視的「自我治理」。近視風險可以是任何生活中的用眼行為，家長的教養方式勢必成為歸因與反省的對象，而依據家長對於特定教養形態的堅持差異，協商這份張力的方式也會不同。事實上，既有的親職社會學研究區分出多種可能的教養模式，包括 Annette Lareau（2002）二分的勞工階級教養與中產階級教養（「讓孩子自然長大」與「規劃栽培」），Yiping Shih（2011: 334, 340）則提出單食到雜食的連續光譜（univore-omnivore continuum）（智育教育、才藝發展與國際化等三個近用難度漸高的項目），藍佩嘉（2014）則進一步發展出四種分類（「培養國際競爭力」、「規劃自然成長」、「順其自然造化」、「培育階級流動力」）。其中，近視照護與「培育階級流動力」的教養風格最具張力，這也是本論文受訪者的典型情況。

然而，家長對「升學主義」的回應並不是鐵板一塊，我們能觀察到協商強度不等的幾種保健實作，家長並非刻板地只追求升學教育。那麼，採取這類教養風格的家庭，又會發展出哪些妥協程度不等的策略，來調解教育競爭與視力健康之間的緊張呢？總之，我將在這節具體討論協商這份張力的幾種不同方式，以便了解

家長如何在近視照護中經驗道並回應所謂的「升學主義」，探索不同種類的教養實作之間的緊張與協商。



一、強化眼睛：增益輔具與營養品

首先，家長可能增添光學輔具以及間歇的服用補充品，以便更無負擔地維持升學競爭的近距離用眼需求。光學輔具可以改變平常的用眼習慣，各式補充品則能廣泛地補充和眼睛相關的營養素，這些實作因此針對不特定的用眼活動，無論那是讀書、看電視、看漫畫、玩電腦或手機、或是彈鋼琴。因此，這類實作旨在改變或強化眼睛本身，而並不改變環境中既有的近視風險因子。

一方面，大舉投資在角膜塑型片的家長，往往相對不願意改變孩子的近距離用眼習慣。既有的用眼習慣可以是升學教育相關的用眼，也可以是休閒娛樂方面。他們相信角膜塑型片可以比普通矯正鏡片更有效地控制近視惡化的幅度，因此，當事人與家長除了維持和保養這類光學輔具外，不需要介入生活中的其他面向。例如小英和小心姊妹的雙親向來自豪自己家中不看電視、直到高中階段才給兩位女兒電腦，但兩位女兒還是在國小高年級開始近視。起初，兩人的母親以為是遺傳問題，但小英和小心都觀察到，母親本人的閱讀姿勢不太好，讓年幼的她們有樣學樣：「她都會在床上看書，然後睡覺前一定會在床上看書。開著夜燈，看到想睡覺才關掉。」其中，近視較深的妹妹小心雖然不太看課內書，但非常喜歡看小說。這種習慣讓母親後來也逐漸意識到問題的癥結所在，所以姐姐小英指責道：「她常常就是很暗很暗還是一直看，一直看小說一直看。這樣看起來我媽應該是這樣覺得吧，覺得這樣很傷眼睛。」然而，小英和小心的父母頂多就是偶爾口頭提醒休息或按摩穴道，也較少組織她們的戶外休閒活動，對於日常閱讀習慣並不干預。相反地，當母親為兩人的近視而焦慮時，最早訴諸的是各式藥物以及物理治療，之後更進一步使用角膜塑型片。姐姐小英自從 12 歲開始配戴角膜塑型片，

直到現在，13年來都不曾間斷。妹妹則因為一度受到阿米巴原蟲感染，而從此中斷。但由於角膜塑型片的成功效應，兩人的母親在兩人國高中後也漸漸不太干涉兩人的視力健康問題。

另一方面，尤其在1980年代後，乘著視力保健政策的風氣，許多健康商品紛紛打著「護眼」的名號出現，其中，受訪者最常提及魚肝油與更晚近的葉黃素等營養補充品。例如，自認繁忙的劉小姐，在女兒升學期間選擇購買這些營養補充品，以便抵銷升學時期的大量用眼壓力。類似地，小華的父母都是私立大學的教授，但高教育程度的雙親卻罕見地沒有近視的困擾。從小，小華就花許多時間在學習鋼琴、管樂。雖然參加了舞蹈班，但家中組織的活動仍以大量的閱讀為主。不過，小華近視時母親為了她的近視而有強烈情緒反應：

他們都是從小到大看很多書的人，但是他們都沒有近視。但是我們差不多都國小五六年級就去戴眼鏡了。所以這可能是，對啊，這是一種會讓我媽很生氣的原因吧——就是覺得是我們自己弄壞的。

由於工作繁忙，小華的媽媽只有口頭上對於姿勢的勸導或嚇阻。因此，相較於家長相對的疏忽或無能為力，小華在成年後漸漸轉向自己搜尋資訊、為自己與同樣近視的妹妹購買葉黃素。尤其在需要大量用眼的研究所期間，小華也開始和同儕研究如何以這些保健食品照護眼睛。在討論與實際挑選的過程中，小華逐漸養成了自己的判斷方式：「那時候是挑劑量比較高的，比較純的[...]我就覺得我沒有必要補充那麼多有的沒的，我就挑配方最少的那種。」

雖然許多家庭都曾經購買過魚肝油與葉黃素等補充劑，但國小護理師阿芬回應：「因為那種東西也是化學製劑啊，所以你也知道那裡面到底添加了甚麼東西。所以你寧可從食物中萃取，去均衡飲食，其實就夠了。」阿芬沒有直接以商品化的方式購買眼睛相關的營養補充劑，而是在特定的知識背景下判斷，選擇以

自行下廚的方式，來萃取同樣的營養成分。同樣地，受訪者阿珍努力說服女兒接受紅蘿蔔、魚類等食品，她的丈夫也嘗試熬製枸杞等中藥，多頭並進地補充營養素：



你說小孩子吃，應該最多就是紅蘿蔔吧，因為它打很多東西，打果汁，這最快，那如果說是煮的話，都是爸爸在煮，都煮小孩子愛吃啦，啊煮得比較久，應該就是偏比較素的東西，一般葷的都不在這個區塊裡，主要都是素的。啊素的，我的小孩她喜歡吃秋葵、山藥，就比較綠色。深紅[按：色的]南瓜，這種我們吃了也對眼睛比較好。

這些實作的專業知識要求相對不高，是視力保健時代的常識，但仍需要耗費一定的消費能力與相對大量的照護勞力。正如擔任大學醫科教職的岑女士所說，健康知識說起來很容易，但「知而不行」才是更普遍的狀況。

大致上，各式光學輔具與營養補充品可以讓當事人的眼睛更能抵禦生活中的各種視力風險。因此，這種類型的實作並不嘗試改造我們的用眼環境，也不會區辨各種不同性質的用眼風險，而是反過來強化眼睛的耐受能力。這類實作以強化眼睛本身為特徵，讓眼睛能夠繼續在類似的條件下使用，而不輕易增長近視程度。這麼一來，該家庭也最不必改變原有的生活節奏，能夠與既有的升學時程配合。

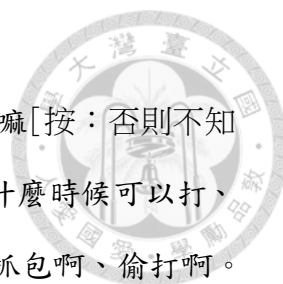
二、差別性排除不利因子

為了更有效益地使用眼睛，許多家長也傾向改善用眼環境，盡可能減低用眼環境中的視力風險。具體的實作措施包括購買或改良照明與桌椅、加強監督使用 3C 產品的時間與姿勢、又或者延後孩子取得手機或筆記型電腦等個人化電子產品的時間點，甚至予以沒收。在這過程中，家長樂意且無顧忌地管制 3C 產品相

關的風險，但在讀書與補習方面，則顯得相對保守。

首先，最直觀的用眼環境改變方式，是監控子女近距離用眼的時間，這件事往往需要父母親身在場，以便監督、提醒與控制。許多家長只能在剛好看到姿勢不良或用眼過久時，才能口頭提醒一下。但如果家長與小孩同相處的時間夠長、甚至有共同的活動空間，家長就更能夠監督。當受訪家長回憶自己的兒時經驗，通常都會提及自己父母管制自己看電視的情況，偶爾也有讀書姿勢的糾正。不過，這個世代最常歸因的風險因子，不是讀書與電視，而是電腦與手機。以身為母親的受訪者文文為例，她和丈夫在台北市經營水果店，丈夫主管水果批發，自己則要在櫃檯打理一切買賣。他們育有一位國中的女兒和國小的女兒，兩位女兒放學回家後，通常都「在顧店，玩電腦顧店，電腦的時間比較多啦，不過我會限制他們半個小時就要休息一下，休息玩啊兩個輪流完，啊半個小時再玩。」當我追問文文，如果水果店的業務太忙分不開身的時候，會不會顧不上小孩，文文馬上回答：「不會呀，電腦就在我旁邊而已，所以我就是房間不准擺電腦，家裡我也不擺電腦，電腦就擺店裡啊。」相對地，可以藏在被窩裏頭的手機，就讓文文防不勝防。事實上，文文也曾經多次「突襲檢查」，發現女兒們的確在深夜偷偷使用手機，讓文文防不勝防。

第二，為了避免上述的狀況，部分家長乾脆嚴格管制 3C 的使用：在極端的情況下，電腦只有在應付課業需求時才能使用，手機則可以延後子女取得的時間點甚至直接沒收。國二生小君直截了當地承認，自己的用眼習慣非常差：「就有時候還蠻晚睡的，然後基本上眼睛一直在用 3C 產品。」那為什麼一直使用 3C 產品呢？家長難道不會管制嗎？小君告訴我，他的父母晚上較晚到家。即使外婆在家，也不會管到他的生活：「因為我們家住獨棟，我都窩在三樓她都在一樓。」之所以如此，小君的母親岑小姐解釋說，是因為小君上國中後：「爸覺得要給他信任，就開放了電腦密碼給他，他國中以前電腦密碼是有鎖密碼的啦。」這種信任原則並不是空口說白話，儘管岑小姐強烈懷疑小君似乎不守約定：



口頭，也是有白紙黑字寫啦。但除非我們有裝監視器或幹嘛[按：否則不知道實際執行狀況]。就是說你一天可以使用多久、weekday 什麼時候可以打、weekend 可以多一點時間這樣。但[按：小君]就是常常被抓包啊、偷打啊。

但無論如何，為了避免如今的情況，岑小姐與丈夫至少在小君國小時期，曾經嚴格管制過電腦的使用。而且直到現在，由於交通地點相對固定，岑小姐與丈夫也還沒有給小君配備自己的手機。

在本論文的受訪者中，絕大多數人認為我們無法禁止升學競爭，但可以禁止其他風險因子。如果休閒活動相對沒有父母有意的組織與安排，兒童往往將家中的課餘時間投向電視、電腦與手機。雖然使用這些產品的時間無法與升學讀書、補習相比，卻常常成為主要的管制對象。受訪者阿忠是郵局的基層公務員，他並不認為自己的兒子花在電動與手機上的時間特別多，「和大家小朋友會做的大概都一樣」。相反地，兒子目前國二，投入相對多的時間在升學競爭上，「因為國二的下學期已經要看書了，對啊對啊，都在念書啊，緊鑼密鼓。」即便阿忠清楚現在兒子的用眼時間大多由智育、升學取向的讀書組成，阿忠仍傾向大力管制兒子的電動與手機使用，甚至認為近視保健只是有益的副產品：

他如果 download 一個遊戲下來就一直玩、一直玩、一直玩，對不對？啊我們如果，他因為現在最近都要考試了啦，所以我們都盡量不讓他接觸這個東西。沒有玩也會習慣，玩也會習慣。他沒有玩他也會習慣。啊，一天就玩 20 分鐘好不好？就這樣子而已啊。（我：原來如此，許先生的意思是說，顧好考試才是重點，保護眼睛只是副產品？）那個也是啊，就是你做一個事情會有兩個效果啊，那當然是很好啊，對不對？

相對於大力改造兒子的 3C 使用習慣，針對讀書時間是否需要管制，阿忠就顯得消極許多。阿忠雖然也會提醒讀書用眼需要一定的休息，可是嚴格程度無法與電玩管制相比擬：「但是他有時候不休息喔。他會認為說他已經唸不完了，他就繼續念」、「但是他有時候也會說，啊他這個看一下，等下再出去。」只論照護的強度，阿忠顯然偏好管制電玩，而不是增加讀書的休息時間或增加戶外活動時間。

第三，平常的閱讀習慣本身也可能導致視力不良，許多家長因此傾向改善照明與桌椅設備，減低子女閱讀行為的不良效果。由於改變的是用眼環境本身，父母不需要耳提面命，親自監督。特定的設備或設計，可以取代親自到場的需求。暖暖的母親劉小姐是國小教師，丈夫則是企業的管理階層，她非常遺憾自己無法投入充分的照護時間，笑著緩頰說：「我是重質不重量，沒有全天候盯著。喔對，直到他們近視不好，才特別去買那個燈，這是我唯一的貢獻」。這個燈在廣告上宣稱不會閃光，劉小姐相信有助視力健康。有了這種特殊的檯燈，劉小姐也可以放心去做自己的事情，不必時時守候在旁，可以有更多自己的時間：「他們很喜歡看故事書，就會盯一下。啊我就自己看我的書啊。欸，爸爸那時候也是加班很晚吧」。

事實上，升學讀書是家長最難抗拒的一項風險，難以像 3C 產品那樣明快地禁止或排除。護理師阿芬的例子格外明顯地突出升學流動的正當性。首先，護理師阿芬的兩個女兒相當抗拒近視初期的散瞳劑治療，甚至用畏光的副作用，來解釋考試搞砸，藉此避免繼續點用散瞳劑。阿芬的女兒說數學考卷上的刻度有點小，在畏光的情況下容易看不清楚，她們考差了，不想再繼續點用散瞳劑。所以阿芬告訴我：「然後像考試考差，她就會講說，因為我點散瞳劑的關係。就這樣。所以後來我可能就是，如果她們不點，我也沒辦法啦。」事實上，護理師阿芬兩位女兒從國小就開始補習英語，在開始近視後，阿芬也沒有改變這些教養安排：「課業真的沒有辦法。但是使用 3C 產品我會管控，他們也不看電視啊。」因此，兩人的度數在國高中期間仍持續增加：大女兒目前 450 度，二女兒兩眼都達到 800

度。進一步，阿芬以教養模式的微妙差異，來解釋兩個女兒的視力差別：

我覺得會有差別是，我們這個小隻的，她國中是去讀住校的學校，去讀實語。在這段時間，她就變成只有假日回來啊，那所以你可能就比較沒有注意到他的視力的發展。所以我就覺得很對不起他。等到她說她看不清楚的時候，他視力已經增加了一、兩百度。

大女兒也是讀私立國中，但畢竟住在家中，無論是讀書時間還是使用電腦，都能得到較充足的監督。私立國中當然也有體育課，但阿芬也承認：「其實我覺得私立學校好像比較不正常教學」。尤其，在國中二三年級期間，學生除了上課到五六點，吃完飯後還有晚自習。除此之外，還有補習班的功課要做，補習班的功課量往往不會小於學校的正式作業量。雖然阿芬額外進行視力檢查、也盡力監管 3C 產品的使用時間、自己下廚均衡營養，但是阿芬也感嘆：「課業真的沒有辦法」。由此可見，即便身為護理師，阿芬的近視照護仍然無法抵抗升學的壓力與誘惑。家長明明知道課業壓力是兩位女兒的主要視力風險，仍無法像管制 3C 產品般有力地介入。

從教養的角度，有些環境中的視力風險同時是益品，有些只是單純的風險因子。一方面，家長可以嚴厲而強勢地管制各項 3C 相關的視聽娛樂。另一方面，升學讀書與補習同樣是近視風險，甚至在某些案例中還是明顯的主要風險因子，不少家長仍保守地不願介入。因此，在不利因子的排除上，我們能觀察到明確的「差別待遇」。

三、選擇性接受不利因子

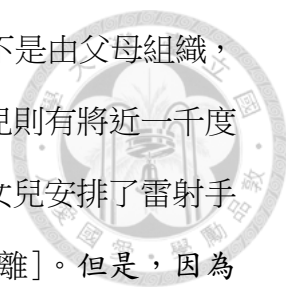
近視照護的案例不只透露了升學教育的歧義性（身兼益品與視力風險），也

不只有對不同風險因子進行嚴格程度不一的「差別待遇」，部分家長甚至更積極地進行「選擇性接受特定風險」的特殊照護實作。也就是說，這些實作不只是「無法禁止」近距離讀書與補習，而是刻意選擇將用眼時間投入在讀書上（無論是課內書或課外書），藉此減低使用 3C 等其他近距離用眼活動。除此之外，如果家長認為特定的近距離用眼互動屬於「才藝」補習，那麼這些「才藝」也可以得到選擇性的接受。

差別性地排除其他不利因子後，「讀書」往往是近視照護中的燙手山芋。唐老師與曾老師這對夫妻都在台北市的國小工作，兩人的三個女兒在升學壓力較大的國、高中時期，紛紛出現熬夜苦讀的情形。尤其，第二個女兒幾乎補習了所有智育科目。曾老師承認，讀書顯然是當時最主要的風險因子，因為她們看電視用電腦的時間並不多：「我覺得他們要念書的時間非常長，我覺得這個部分也是一個蠻大的因素，國中。念書啦，那時候電腦用的其實還不多」。然而，有鑑於升學競爭，唐老師與曾老師雖然自己也熟悉學校推廣的望遠凝視、用眼時間 3010 等視力保健技術，卻沒有真正在家中實踐過：「我自己也有點慚愧。因為我不是會硬性規定的媽媽，『啊，時間到!』，我不是那種虎媽啦」。曾老師也提到自己家族的成員大多患有近視的事實，並再三強調自己的「客家人」身分，「因為我客家人嘛，而且我爸媽蠻重視課業，蠻重視念書這件事情。比如說，到現在大家都還覺得每個孩子都要念到博士，就是很重視讀書，很鼓勵我們讀很多書」。⁵⁶然而，「客家人」在這個脈絡下，不只是生理遺傳的歸屬，也是特定生活風格的社會標籤。在這種特殊的教養氛圍下，念書與視力保健之間尤其緊張：「她念書我都鼓勵還來不及了，但都是要去兼顧，我覺得當父母的，有時候心裡也蠻矛盾的」。

這種矛盾的心理，終於在第三個女兒的升學階段，實際轉換成「選擇性接受特定風險」的照護策略。唐老師與曾老師的大女兒幾乎沒有補習，也能持續成功

⁵⁶ 家長如果自認為照護失敗，也可能會訴諸接近遺傳的論述，來理解為何自己的諸多努力沒有回報。台灣醫師認為家庭中傳承下來的整套生活習慣，可能才是真正的解釋因子；但以常民的思考資源和條件，不可能清楚劃分先天遺傳與後天習慣或環境的界線（楊國樞 1988）。



地升學進入明星高中與大學。大女兒也熱愛運動，儘管運動並不是由父母組織，而是國、高中後在同儕間培養。相對地，曾經大量補習的二女兒則有將近一千度的近視。為了應對視網膜剝離的風險，唐老師與曾老師也為二女兒安排了雷射手術：「還沒有到剝離，他沒有到剝離，是即將要[按：視網膜剝離]。但是，因為高度近視吧，去做雷射，他沒有到叫做剝離的程度」。身為母親，曾老師承擔起主要的照護工作，不但自己下廚調配營養，也幾次購買過大學眼科販賣的營養補充劑，可惜二女兒並未全盤接受：「但是他吃這些東西就是三天打魚兩天曬網，就是說比較不會說記得要吃這樣，後來就沒吃了這樣」。相對地，三女兒由於年紀較小，不但相對容易管教，唐老師與曾老師也依據前兩位女兒的經驗，早早為她配戴了角膜塑型片。因此，目前剛升國三的三女兒最沒有近視的困擾。不過，在訪談最後，曾老師與共同受訪的三女兒甚至提到：「我今天還跟她講你上高中以後我只有一个希望，3C 產品不要常用。」三女兒立刻轉頭向我解釋為何今天的訪談遲到，她們在訪談前正在逛書店：「所以他才會想買書給我啊，寧願我看書也不要 3C 產品」。這種「寧願」的邏輯，最能充分表現選擇性接受特定風險的作法，也顯示出家長在升學競爭與視力健康之間的特殊協商方式。

學習不只是課業內的讀書，也可以是才藝補習或甚至電腦補習，這時候這些不利因子也能夠轉化為家長選擇性接受的特殊風險因子。受訪者金太太是個很典型的案例：由於自主的學習行為，她相信長子是資優兒童，在學齡前的階段就需要各方面的刺激與培養。除了訂閱兒童期刊以外，金太太也安排了才藝類的鋼琴以及智育類的讀經班。正是因此，金太太自己認為，當時求好心切，忽略了視力上的健康：「只是會覺得說，她常常要眯眼睛。但我也大意了，真的沒有注意到她的眼睛不行了。」不僅如此，金太太也注意到鋼琴的負面作用。雖然用眼距離比不上書桌上看書，但鋼琴同樣屬於室內活動，琴譜也是密密麻麻的文字符號。金太太的兒子從小學一路談到國中，金太太注意到隨著琴譜更複雜，上面的音符也就越小，越需要費力閱讀：



國中有沒有彈?(金太太兒子:有啊)有喔,對啊就彈到豆芽菜都變得很小。

(我:豆芽菜?)嗯,就琴譜啊,因為你越來越多的時候,就是彈得越來越高階的時候,那個譜是越來越快節奏地,你知道那個很小。

因此,不只是眾所皆知的讀書以及 3C 產品,金太太也注意到才藝補習的可能危害,這點與眼科以及公衛的建議如出一轍。然而,鋼琴身為重要的才藝,金太太並沒有因此停止長子的音樂補習教育。也就是說,除了升學讀書或補習,才藝補習也可以成為選擇性接受的風險。

電腦本身也可以是一項才藝,家長認為電腦用於查詢課業資料時可以寬免 3C 相關的禁令,電腦才藝則更進一步挑戰了這項信念。金太太提到,後來就讀高職體系的次子雖然沒有學習鋼琴,但當時曾經去巨匠電腦上課。由於當時大約是 2000 年代初期,電腦才藝相對珍稀,金太太的丈夫也有意以不同於長子的方式,來培育次子。金太太回憶說:「可是因為這樣子,他眼睛就開始,慢慢慢慢,開始近視。就很認真,很認真地在弄電腦啊,那些幹嘛我也搞不懂。」次子的近視惡化速度很快,金太太覺得「一切都來不及」,可是這類才藝學習既然需要長久耕耘,當然不能輕易停止。金太太語重心長地說:「他能在這邊找到一片天地。我也沒辦法說你不要點,因為一開下去之後,就真的沒辦法停止這樣子。」

總之,除了「寧願」子女看書也不要使用 3C 外,一旦能夠獲得「才藝」的認證,鋼琴甚至電腦等風險因子也可以成為家長選擇性接受的風險因子。因此,比起差別性地排除特定風險因子,這種實作體現出更多對於競爭流動的妥協。只要能夠有助於競爭流動,即便是特定階段視力惡化的最主要風險因子,家長也受困於既有的主流教育制度,無法直接或有效地介入。

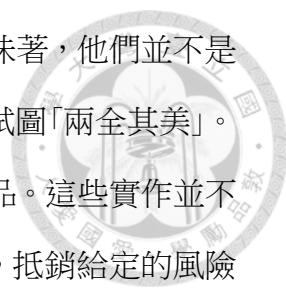


第三節 第四章總結

我在本章中嘗試回應政策中的家長形象，探討了近視照護各環節的健康不平等，以及近視照護與升學教育之間的特殊張力。既有的政策傾向將家長分為兩極：一方怠忽職守，未能密切監督，反而放任子女濫用 3C 產品；另一方汲汲營營，務求子女能夠在起跑點上取得更多智育甚至才藝上的優勢。相對地，我嘗試考量到整個照護歷程中的不同階段，以便更全面地理解近視照護的客觀不平等，而非單純以兩極的方式理解近視照護。為了釐清所謂「升學主義」在近視照護時坐上的表現，我也嘗試分析了各項協商教育與健康張力的實作，以便理解家長近視照護的主觀意義，而不是直接指責家長的教養方針。

因此，我在本章第一節分析了預防、檢查、處理與惡化控制等面向的照護差異。家長的預防實作透露了他們的健康信念與近視歸因：相對弱勢的家庭在近視後才開始反省預防的不足，大多數中產階級家庭指責其他家庭放任 3C 使用、而用升學壓力解釋自己子女的近視，少數有醫療專業背景的家庭則直接用室內與戶外的活動時數來理解近視、不再過問具體的活動項目。在視力檢查方面，這項檢查仍有部分弱勢家庭難以配合，大多數家庭則是做不到定期回診，只有少數家庭傾向培養這項醫用互動習慣。在處理方面，我們可以依據矯正鏡片的數目與種類，分辨出不同社會位置的家庭的文化健康資本異同：少數家庭能夠購買昂貴的角膜塑型片。近視惡化的控制則可以區分出片面與全面的兩極：有些家庭完全依賴配鏡，有些家庭進一步管制 3C 休閒，有些家庭則進一步大幅拓展戶外活動在生活中的比例。家長能夠投入照護勞動的時間越多，越有可能實踐密集程度高的照護方式。

為了進一步理解文獻上長期稱為「升學主義」的特殊現象，我分析大多數家長的照護實作，探索其中教育競爭與視力健康之張力或兩難。在暫時不考慮親職整體失能以及大幅轉變生活風格等兩大極端狀況後，大多數的家庭都需要面對這份



張力，並引導出妥協程度不一的多項實作方針。家長的協商意味著，他們並不是如同玩偶般受「升學主義」所牽引，他們仍然有反思的空間，並試圖「兩全其美」。首先，有些實作旨在強化眼睛本身，例如使用輔具與營養補充品。這些實作並不涉及用眼環境的改變，而是「反求諸己」，增加眼睛的耐受能力，抵銷給定的風險因子。其次，家長也可能差別性地排除部分環境中的風險因子，以便改善子女的用眼環境。在各項風險因子中，用於休閒的 3C 產品首當其衝，但家長較不會干預具有學習意涵的讀書、補習時程。最後，家長也可能選擇性地接受部分風險因子。除了最典型的升學學習以外，一旦具有協助教育競爭的意義，甚至連才藝與電腦都可能得到家長選擇性的接受。也就是說，家長的近視照護可以為了教育競爭的需求而妥協，教育與健康稟性的張力體現於上述的照護安排中。


依據本章節的研究成果，我從三個方向回饋既有文獻。首先，我認為一般政策提供的家長圖像太過著重極端情況（徹底的「3C 保母」與大量安排升學補習與才藝補習的教養方式），未能掌握常民近視照護中的風險排序。第一，我認為徹底的「3C 保母」的問題不只是在近視照護，而是更全面的親職失能。因此，單純的健康教育與宣導無助於改善他們的處境，整體的親職需要其他社福單位或親屬網絡的協助，近視照護只是其中一個環節。第二，在典型的近視照護情境中，家長傾向管制 3C，但並不會積極地改變原有的升學教養方式。這批家長的問題並不是健康知能不足，反而更常是無法提供足夠的照護時間，以及無法直接脫離既有的升學教育體系。最後，也有少數家長能夠且願意轉換自己的生活與教養風格。然而，他們的案例絕非普遍，因為這種轉換意味著極高強度的照護投入與健康知能，因此也不應該當成評價所有家長的標準。

其次，本論文嘗試深化文化健康資本之概念，突顯出「資源與技能」之外的「照護勞動時間」。近視的案例有兩個特點，顯示「照護勞動時間」本身是一項相對自主、不可化約的條件。一方面，近視的風險行為相對容易由家長介入，我們能觀察到許多低經濟要求、低健康知識門檻的照護實作。這時，照護勞動時間的多



寡有無，反而是相對有決定性的條件。同時，類似藍佩嘉（2005：78-80）的觀察，家長傾向親自參與所謂「精神性的母職」，排斥或逃避較卑微、繁瑣的任務，家長可能將繁冗的近視照護分類為後者。因此，Janet Shim 界定的「資源與技能」，太過局限於「醫用互動」的脈絡，而輕忽家庭照護的日常保健，以及本身未必有強烈醫療介入的實作。加入「照護勞動時間」這項條件，可以讓我們追問家長蒐集資源以及建立技能的過程，了解類似社會位置的家長為何會在預防、檢查、處理與惡化控制等面向上呈現出特定差異。另一方面，由於近視在台灣如此「常見」（就數量意義下來說），讓額外的近視照護勞動變得格外「反常」，足以突顯類似社會位置下的健康關懷落差。近視在台灣盛行時間長，而且沒有侷限於特定社會位置，絕大多數人都清楚基本的病因（籠統的「用眼過度」）與最低限度的處理方式（配鏡與散瞳劑）。在青少年確定近視以後，中、老年爆發各種視力相關的後遺症或合併症以前，近視者通常沒有太過急迫的生活不便，病人與這項慢性病仍能和平共處。類似社會位置的保健實作可以大異其趣：有些家庭自始至終都想擺脫兒童近視的困擾，有些家庭卻停留在最低限度的照護。因此，如果要加入「額外的」照護實作，就必須同時考慮「照護勞動時間」對於經濟資本以及健康知能的促成作用，以便了解為何同樣的社會位置，也會出現照護方式上的明顯落差。

第三，教養與健康涉及兩種不同的稟性，但健康信念研究必須結合教養社會學的洞見，才能制定合乎不同家庭需求的照護建議。一方面，學生近視的主要風險因子是臺灣盛行的升學教育，採取「自然放任」與「自然發展」的家庭較不需要面對升學教育與視力健康的典型兩難（藍佩嘉 2014）。近視的照護雖然從學齡前做起，但國中升上高中、高中升上大學等升學考試時期，都是視力變化的關鍵階段，緊密配合一般教育體系的節奏。其他的障礙兒童或者進入特殊教育體系，或者以學齡前介入為主（盧意婷 2016；柯昀青 2016），近視照護更能表現家長的協商傾向。另一方面，在典型近視親職中，鼓勵升學的稟性與維護健康的稟性將形成緊張關係。回到 Lareau 與 Shim 的共同理論源頭，Pierre Bourdieu（2012：396-402）



認為照護和教養都屬於家戶的「再生產策略系統」(*système de strategies de reproduction*) 的一環。他預設習氣 (*habitus*) 是系統性行為的生成原則，因此探討特定家戶維持或增強其既有社會位置的行為時，他認為要同時考慮生育策略、繼承策略、教育策略、保健策略 (*strategies prophylactiques*)、社交策略、婚配策略等等看似不相關的實作。然而，近視保健的案例顯示，這種強調統一性的取徑容易忽略當事人協商或妥協的努力。有的實作旨在強化眼睛本身；部分實作則傾向排除無助於教育競爭的休閒活動；在部分實作中，家長甚至選擇性接受有助教育競爭的風險因子。資本總量和比重雖然是重要的結構性條件，但當事人仍能在既有的條件下，選擇自己要積累的資本類型。儘管教育程度與收入未必最有優勢，部分家長仍能在一定程度上自主地投入健康照護的能力累積。總之，我們需要同時涉及健康信念與教養風格的研究模型，才能掌握照護親職的特殊且多樣的困境。



第五章、研究結論

第一節 近視治理的張力緣起、妥協與照護兩難

在台灣，近視是極其普遍的眼睛病變，是我們習以為慣的生理異常。然而，數量上的多寡從來不能區分常態與病態，個體與特定脈絡的動態關係才是關鍵。正如著名科學史家 Georges Canguilhem (1966: 133) 所說：「身負如散光或近視的殘疾，在農業或畜牧社會中會是正常的，但在航海界或航空界並不正常。」在台灣，一系列的教育困擾、視力保健計劃以及專業團體的調查，讓這項身體特徵變成治理問題。與其用抽象的判準斷言常態與病態的界線，本論文傾向具體探討台灣近視治理的特色、歷史演變與照護情境，重新檢視近視在台灣的特殊地位。

升學教育與視力健康之間的緊張關係，造就了台灣近視治理的獨特困境與特殊的問題化軌跡。通過流行病學歸因，「教育流動」與「視力健康」兩種價值形出現張力。主流的升學教育是視力惡化的主因，但教育單位與家長很少為了視力保健而直接放棄升學競爭。在這種特殊的兩難困境下，妥協在所難免。但官員、醫師、主管單位也在歷史過程中逐步將問題焦點轉移到家庭親職上，淡化升學教育體制的作用。然而，這份張力仍持續體現在親職的兩難中。⁵⁷因此，雖然制度層次的「升學主義批判」漸漸遠離今日衛生教育的視野，但多數家庭仍需要設法協商這兩種相互衝突的需求。總之，近視治理趨向家庭化，疏離早期「升學主義批判」的歷史淵源，但近視保健親職的兩難從未消失。

本論文的三個章節分別探討這份緊張關係的緣起(第二章)、妥協(第三章)，

⁵⁷ 類似 Max Weber 在〈中間考察〉一文中的提問，我試圖探索價值領域之間的內在衝突如何可能、又如何展現。「從理論上建構相衝突的『生活秩序』類型，我們只是想要藉此顯示出在某些情況下，這樣、那樣的內在衝突是可能的、而且『適切的』。」(Weber, 1992: 103. 譯文標點略有修改)。但比起 Weber 的原始提問，我更側重治理實作中的「妥協」(並產生特定的治理後果)，而不是各領域的理性化如何激化各自的「固有的法則性」，進而生成張力。



以及它在親職照護中的持續存在(第四章)。在本文第二章「**升學主義的健康批判：學校近視的誕生**」中，我說明了「學校近視」如何在批判升學主義的脈絡下生成，並形成 1980 年的第一波正式視力保健政策。一方面，眼科學界嘗試以流行病調查界定「學校近視」現象，援用過去日治時代的若干基礎、訴諸「惡性補習」等升學主義批判，最終在 1983 年的全國性調查中聚焦學生人口的近視。另一方面，特定的合作與鬥爭過程，才確立了眼科專業在政策與研究論述上的主導位置（但在實際管轄權上，眼鏡產業仍占優勢）。各種眼科學界之外的行動者與事件，或者呼應眼科學界的成果，或者制衡與反駁眼科學界的介入。國家在軍事上需要視力健康的國民，行政院因此鼓勵視力保健政策快速成形；教育上的連串改革歷程，則提供了這項草創政策主要的治理資源與實際措施；眼科也必須面對眼鏡產業的挑戰與呼籲，才逐漸壟斷行政單位與學校機關內的發言正當性。總之，通過升學主義的批判以及相應的專業鬥爭，「學校近視」得以成為官方承認的健康問題，並配合國家計畫的一系列教育政策，實施視力保健。

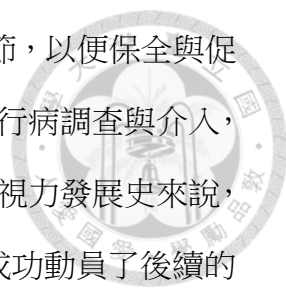
進一步，在第三章「**近視治理多重軸線的家庭轉向**」中，我探討第一波的政策如何在多個面向上逐步分化，使得這個健康問題更加自主，整體治理模式也逐步轉向自我引導的模式。首先，自從 1990 年代初期起，眼科醫師開始注意到幼童的視力健康，學生視力保健的對象由學齡內的學生，擴張到「學齡前」的幼童。整體的治理對象不再只專注升學教育的健康風險，也同時考慮視聽娛樂的問題。其次，從 1999 年後連串的政策可見，兒童近視的相關論述越來越著重不同家庭在教養模式上的異同，較以往更強調親職的教養與保健責任，與升學主義的解釋相互配合。第三，處理近視的知識與技術，也有多方面的演變：眼科醫師以實驗室研究補充流行病學調查、發展「望遠凝視」方法並逐漸著重日常活動時間的計算、眼科診療市場也出現了角膜塑型片等新手段。因此，整體趨勢是更加著重兒童本身的行為習慣，涉及家長的教養模式與保健實作，不再獨尊過去的升學主義批判。從視力保健的治理對象、治理論述與網絡、處理技術等幾個面向切入，我發現在

整體趨勢上，近視治理不但漸漸成為自成一格的議題，也更趨向「自我引導」的治理模式。

在第四章「**近視照護的健康不平等與兩難協商**」中，我將焦點移向家庭行動者層次的自我治理，依序探討近視照護的健康不平等，以及近視照護與教育競爭的張力和協商。一方面，我發現從預防、檢查、處理到保健，都能觀察到特屬於近視的健康不平等。親職投入不足的家庭往往在子女近視後才開始預防、無法準時配合校方的視力檢查需求、維持在最低限度的矯正鏡片處理、度數控制也完全依賴配鏡。典型的中產階級家庭認為自己子女的近視來自升學壓力（而非濫用 3C 產品）、能夠參與初步的視力檢查、有更多挑選矯正鏡片的餘裕，而且主要以管制 3C 休閒的方式進行保健。少數家庭不僅傾向使用室內與戶外的分別來規劃預防方案、有意識地建立定期回診的習慣、動員更高成本的角膜塑型片、甚至大幅增加戶外活動在生活中的比例。然而，我也發現照護時間的多寡，共同決定了家長對於近視照護的投入。另一方面，我也進一步探討大多數家長在健康親職感受到的特殊張力：我們該如何協商升學競爭的需求以及近視保健的理想？我歸納出三種類型的協商策略。第一，家長與當事人可能傾向「強化眼睛本身」，手段是增添各項輔具以及營養補充品。第二，我們也可能「差別性地排除」風險因子，缺乏教育競爭意涵的 3C 使用首當其衝。第三，家長也可能「選擇性地接受」部分風險因子，條件是這些活動能夠幫助子女的教育競爭。除了最典型的讀書與補習，變成才藝的電腦學習或音樂學習也都能得到這種待遇。

第二節 概念討論與研究貢獻

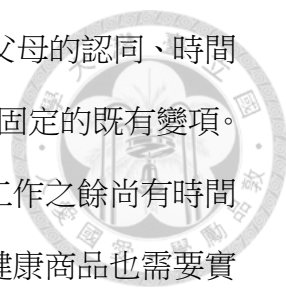
本研究的主要對話議題是健康治理與健康親職。首先，根據第二章的發現，近視治理的案例特性是源自台灣的**特殊教育問題**。義務教育的制度集合了特定民族國家內的兒童與青少年，並以相對一致的方式管理、教導、照護這個年齡層的



人口。這種特定的人口需要相應的權力技術，來加以管控與調節，以便保全與促進他們的健康。這類特殊的權力技術，起源於日治以來的學校流行病調查與介入，並在政權轉換後繼續發展。視力健康也不例外，而且依據台灣的視力發展史來說，眼科醫師也是靠著同時代存在的教育問題（「惡性補習」），才成功動員了後續的一連串調查與政策。由最初幾年的視力保健策略來看，學生近視問題起先只是更廣大的教育問題與介入的一部分，雙方甚至共享同樣的介入措施，近視流行病與教育問題「共同生成」。因此，我認為教育體系所造成的學校健康議題，可以讓我們了解監管醫療的另類形成軌跡，並延長我們對於特定疾病治理的歷史觀察縱深。

其次，我在本論文的第三章中，探討了近視治理如何在盛行率持續上升的**治理危機**下發展與轉型。治理的績效是治理體制的頭號關切。然而，1980年代中期到1990年代中期的流行病學調查，顯示學童層次的近視盛行率持續惡化。這項「事實」促使眼科專業團體更積極地尋求新的解釋與介入方案，發展或「發現」學齡前的潛在近視人口以及視聽娛樂的風險。眼科醫師試圖在傳統的「升學主義批判」之外，另尋出路。因此，他們勢必要更強硬地與政府官員溝通，並嘗試將他們的理解貫徹到基層的教育現場。在一次又一次的績效檢討過程中，近視治理的對象擴展到義務教育之外、解釋論述更著重居家環境、訴諸的介入技術更加日常化與個別化，並配合了日益擴大的基層眼科診所以及隨之而來的角膜塑型片等新商品。總之，視力保健的議程直到1990年代後期，才變得更加自主，監管範圍更加寬廣，而不是教育問題的附屬品。因此，我認為近視治理的研究，有助了解特定健康治理體制變得更加自主的歷史過程。在這過程中，「危機就是轉機」，績效不佳的危機未必會消滅該體制，反而可能是轉型與發展的契機。

第三，近視的家庭照護案例顯示，「文化健康資本」的概念有待拓展，必須在技能與資源外進一步納入「**照護勞動時間**」這項要素。不少保健實作的採用與否，不直接地取決於當事人家庭的資源或技能，反而取決於單純的時間有無。借用Karl Marx的表達方式，如果資源或技能是「死的資本」，那它們仍有待「活勞動」來



加以促成。延續曾凡慈等人的研究成果，近視等健康議題需要父母的認同、時間與心力投入。文化健康資本需要花時間積累與實際運用，而不是固定的既有變項。比起工作繁忙的高收入、高教育程度的家長，全職的家長或在工作之餘尚有時間心力的職業父母，更有可能深耕自己的近視照護技能。即便是健康商品也需要實際的使用，才能真正實現健康方面的「使用價值」。尤其近視在台灣長期盛行，近視的基本病因（用眼過度）與最低限度的處理（配鏡），都是人們的健康常識。但做不做得得到近視相關的保健方法，往往更取決於實際投入照護的時間，而不一定是對於近視的健康知識是否充足。能否活用健康商品，也取決於家長用於監督孩童用眼或用藥的勞動時間，否則購買後，也只是「備而不用」。因此，我建議文化健康資本的健康不平等研究，必須更慎重地處理與分析當事人家庭的「照護勞動時間」。原有的界定方式太過強調醫用互動，忽略大多數慢性病共有的居家照護面，以及照護稟性的動態生成。我們必須重新提問居家的照護勞動，探討照護勞動「時間」本身的重要性。

最後，一旦結合文化健康資本與親職實作，我發現近視照護的案例突顯了當代親職的內部張力：升學教育（「競爭流動」）是部分社會位置的家長奉為圭臬的理想親職目標，但這種教養風格卻是近視的一大風險來源。在極端情況下，這份張力形成了矛盾的親職要求：家長或者要犧牲學童視力，以成就學業；或者為了學童視力，而減緩升學競爭的相關投資。大多數的家長嘗試「兩全其美」，發展一連串的協商策略，嘗試在盡可能保留原有教養風格的前提下，設法減少視力風險的影響。延伸文化健康資本的意涵，親職實作不是同質的整體，稟性間的各種矛盾與協商有待探究。近視照護是整體親職的一環，然而它卻可能與其他教養實作衝突，需要當事人與其家長費心費力調解。本論文的案例凸顯了教育與健康兩方面稟性的張力，家長不只希望協助子代的社會流動，也需要顧忌教育競爭本身蘊含的健康風險。健康親職及其稟性是自成一格的社會事實，不能直接化約為該家庭整體的教養風格。



第三節 政策建議

依據以上的研究成果，我嘗試提出三層次的政策建議。首先，我們必須更有意識地連結升學主義批判與視力保健計畫。具體來說，現有的視力保健實作至少必須延伸至國中階段，因為國中升高中的升學競爭，仍然是視力惡化的關鍵時期，也是家長最容易放棄的時刻。一方面，既有的流行病學調查已經證明，高中生的近視盛行率較國中生為高，且高中生與高職生的近視盛行率長年存在一定的落差（衛福部，2016），雙方生活風格的差異也呼應了既有的近視風險認知。另一方面，根據本研究的訪談成果，不論家長準備了多少近視保健的實作策略，國、高中升學階段的外在壓力仍常常迫使他們向大量的近距離用眼時間妥協。然而，現有的視力保健政策集中於國小階段，對國中階段的變化置之不理。但是，1960年代以後，升學競爭最激烈的時期不再是國小升國中，而是國中與高中的大量補習與考試。因此，近視介入不能停留在國小到國中的階段，必須與時漸進，隨著升學競爭的主要時間點改變。因此，視力保健的事業至少必須跨至國中，仿效1960年代跨領域、跨部會的介入策略，偕同教育場域現有的各項改革運動（例如旨在「紓解升學壓力」的多元升學方案等），繼續以制度性手段扭轉「升學主義」。

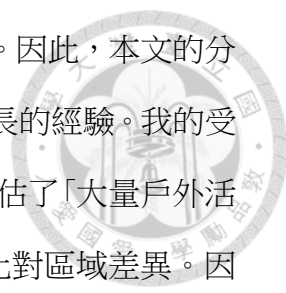
第二，在我們逐漸將責任與壓力轉移到家長之際，我們也需要確認家長近視照護的條件異同，以便量身打造不同的照護建議。依據本論文的研究成果，近視照護呈現出特定的健康不平等，需要「分而治之」。社經地位較弱勢的家長無法協助兒童複檢，這批家長很可能變成現有政策所批判的「3C 保母」，但這種家庭可能是整體親職投入都出了問題。他們需要全面的輔導與協助，而不是教條式的衛教宣導。部分中產階級的家庭符合升學主義的圖像，但家長絕非完全只在意教育競爭，而是會發展一系列的協商策略，試圖讓視力健康與成績或才藝兩全其美。因此，這批家長並非缺乏健康知能，而是無法在主流的教育制度下，輕易轉換原有的教養風格。極少數的家長可以符合眼科醫師的理想，大幅度地改變原有的生

活與教養風格。然而，這些家長的成就不應該當成普遍的標準，因為這種轉換顯然立基於相對優勢的社會位置。

第三，我們需要涵蓋教養風格以及醫療商品的流行病學調查，而不是只依賴各個國小蒐集來的資料。台灣眼科醫師在 1983 年開始執行全國性的視力調查，這項調查每五年一度，直到 2006 年才告一段落。因此，過去我們有 1986 年到 2006 年共計五個年度的流行病學數據，這種調查舉世罕見，可以為近視知識的累積以及相應的政策介入奠定良好基礎。2006 年後，衛福部的資料只有國小上報的視力檢查成果，這項資料庫僅包含 1999 年迄今的盛行率數據。然而，各個國小的設備參差不齊，不同年代的設備也有所增益。國小檢查通常也沒有點用散瞳劑；甚至，由於檢查工具地限制，使用角膜塑型片的學童也不會算做「視力不良」。嚴格來說，這些數據不能和過去的研究成果直接比較，也不利於評估近視與中老年後的視力相關併發症。甚至，2015 年開始籌畫的「兒童青少年視力監測調查計畫」、「建立全人口近視監測系統架構研究計畫」等頻頻流標，到 2017 年夏天仍未開始作業（江綺雯 2017）。我認為後續的流行病學調查不但需要重新評估統一標準的大型調查，也需要檢視國中、小資料庫在認識上的各項可能偏誤，以便在知識累積與政策介入上提供更堅實的基礎。進一步來說，近視照護高度取決於該家庭的教養風格，也涉及一系列的醫療商品如角膜塑型片等。事實上，WHO 在 2017 年的近視與高度近視報告書中，也主張相關研究應該統一使用散瞳劑、加入調查屈光手術或其他類似介入的病歷、甚至企圖累積受試者直到 25 歲的相關資料（WHO 2017）。拓展更多教養與醫療介入的因素、統一資料庫的規格並拉長觀察尺度，我們才能真正了解近視防治的特殊困境。

第四節 研究限制與未來可能發展

首先，由於以滾雪球抽樣配合極大化變異法，本文的受訪對象並不能代表台



灣所有的家長，因為階級、性別與地區都沒有合乎比例的分布。因此，本文的分析著重「有在照料近視子女」的家長，而且主要參照中產階級家長的經驗。我的受訪者也以女兒為主，較少男性青年或兒童的受訪者，這可能低估了「大量戶外活動」的親職類型。地區方面也以北部的家長為主，並未系統性地比對區域差異。因此，本文的受訪家長已經傾向呼應或配合近視治理，少有完全不理會近視問題的案例，也較少大幅投入戶外活動的健康親職。這兩方面的個案以及階級和地區的代表性問題，都有待後續研究補充。

第二，由於本文以深度訪談為主，相對無法觀察受訪家庭的實際生活安排與節奏，也沒有直接觀察校園與診間的視力檢查實作。學校健康的議題，在研究設計上可以通過民族誌或參與觀察的方式，進一步深入檢視學校衛教實作在校園情境下的角色與意涵，補充深度訪談的不足，豐富我們對於校園衛生實作的認識。

第三，我們必須進一步探問眼科專業與驗光專業的關係，以及該關係的歷史轉型。本論文聚焦在近視保健的議題上，但眼科專業和驗光專業都不只涉入近視保健，也關切其他各式各樣的眼睛疾病。不僅如此，雙方的關係也相當複雜，有些醫師傾向支持驗光業者專業化，並積極推動合作；有些醫師則堅持對立的態度，不願意放開管轄權。驗光業者與大型連鎖公司、個別傳統師傅的關係，也都有待更深入的產業史探討。護理公會也曾經抗議眼科醫學會一再地擴權，認為醫師團體受健保利益所誘，才想爭奪校內檢查的權力（學校護理人員協進會 2016）。這些專業團體都不是鐵板一塊，內部有各式各樣的位置。視力保健只是這段歷史的一個篇章，遠遠無法窮盡專業群體的關係史。因此，專業群體的相互關係、內部分化與這些結構的轉型，皆有待後續研究補充。

最後，未來研究可以探討中年人與老年人的眼疾問題化，以便銜接相對豐富的視覺障礙研究與本論文的近視研究個案。根據眼科醫師的警告，高度近視容易在中晚年引發一系列併發症，包含黃斑部病變、視網膜剝離與白內障等等，眼科醫師已注意到中老年失明與高度近視的關聯（江綺雯 2017）。這些病變將更明顯

地引發當事人的視覺失能，也需要侵入性的手術來治療，有各自的治療技術、制度與知識。因此，視覺障礙的研究可以延伸到這個領域，探討這幾項病變的問題化以及相關的社會技術想像。相對地，本論文的近視研究，則可以當成視覺障礙光譜上最接近「正常」的一端，讓我們能夠進行不同病例之間的社會學比較。



參考資料

一、中文部分：


- 中華民國眼科醫學會，1992，〈視力回復器之醫療效果尚待評估〉。《中眼醫訊》，第2卷第3期，150頁。
- 1993，〈會務報導〉。《中眼醫訊》，第3卷第4期，207頁。
- 1998，〈衛生署函詢磁波棒療效相關〉，《中眼會訊》，第5期，6-8頁。
- 1998，〈衛生署保健處召開視力保健業務期中工作報告及檢討會〉，《中眼會訊》，第5期，第9頁。
- 1998，〈驗光及隱形眼鏡裝配乃屬醫療行為〉，《中眼會訊》，第7期，21頁。
- 1999，〈敬請查辦誇大不實之醫療廣告〉，《中眼會訊》，第9期，1999: 16-17。
- 1999，〈檢舉誇大不實醫療廣告〉，《中眼會訊》，第10期，1999: 13-14。
- 2001，〈會務報導〉。《中眼會訊》，第18期，26-27頁。
- 毛連塏，1979，〈由視力保健談國民教育的幾個方針〉。《健康教育》44: 12。
- 內政部兒童局，2005，《台閩地區兒童與青少年生活狀況調查報告》。內政部兒童局，台中市。
- 王明芳、謝學軍編，2004，《中醫眼科學》。北京，中國中醫藥出版社。
- 王震武，2002，〈升學主義的成因及其社會心理基礎——一個歷史觀察〉。《本土心理學研究》17: 3-65。
- 丘子宏，2002，〈雷射屈光手術已成流血拚價和軍備大賽〉。《中眼會訊》，第22期，6-8頁。
- 2014，〈角膜塑型術（Orthokeratology）在臺灣的發展〉。收於許紋銘主



- 編，《台灣當代眼科發展紀實》，53-55 頁。
- 司琦，1975，《九年國民教育》。臺北市，臺北商務。
- 田翠琳整理，2001，〈加強學童視力保健座談會〉。《健康世界》301，21-27。
- 台大醫院眼科，1990，《近視防治研究報告》（七十九年度），教育部國教司。
- 台大醫學院、行政院衛生署，1987，《台灣地區中小學生眼屈折狀況調查》。出版地點不明。
- 江怡慧、林隆光、蔡忠斌、何子昌、施永豐、洪伯廷，2000，〈先天性近視之臨床病程與視力預後〉。《中華民國眼科醫學會雜誌》，第 39 卷第 3 期，235-239 頁。
- 行政院研考會，1984，〈七十三年度由院列管學生視力保健重要措施實地訪視報告〉。
- 行政院衛生署、研考會、臺大醫學院，1983，《全國性學生視力調查研究計畫報告》。出版地點不明。
- 池田若菜，2014，《日治時期臺灣學校衛生之研究—以砂眼防治為中心》。台北市：師範大學臺灣史研究所碩士論文。
- 何清欽，1980，《光復初期之臺灣教育》。高雄市，復文。
- 岑在增、柯良時、許永堅、林志聖、王一雄、陳玉麟，1990，〈近視與農藥〉，中華民國眼科醫學會雜誌，29 卷 1 期，114-120 頁。
- 汪知亭，1978，《台灣教育史料新編》。台北市，台灣商務。
- 呂鴻基，1999，〈三十五年來台灣兒童的健康水平〉。《臺灣醫學》3（5）：505-514。
- 邱大昕，2012，〈臺灣早期視障教育之歷史社會學研究（1891~1973 年）〉，《教育與社會研究》24：1-39。
- 2013，〈誰是盲人—台灣現代盲人的鑑定、分類與構生〉，《科技、醫療與社會》16：11-48。

- 
- 那玉、黃書堂，1963，〈學生視力調查報告〉，《健康教育通訊》8:3-10。
- 那玉、葉友炎、黃松元，1965，〈本省國民學校高年級學生視力調查報告〉，《健康教育通訊》16:1-12。
- 那玉、黃松元，1966，〈花蓮台東台北各縣鄉村地區國校學童視力調查報告〉，《健康教育通訊》18: 1-8)
- 1970，〈視力調查報告〉，《健康教育通訊》24: 40-41。
- 1974，〈臺北市國民中學學生之視力調查報告〉，《眼科醫學會會刊》13: 47-50。
- 那玉，1969，〈臺北市國民學校兒童視力障礙之研究〉，《中華民國眼科醫學會雜誌》8: 54-63。
- 1979，〈談近視問題〉，《健康教育》43: 39-44。
- 1986，〈近視之本態與防治〉。臺北市，民生報。
- 1995a，〈一位老醫師學眼科的『心歷路程』〉。《中眼醫訊》，5卷1期，37-39頁。
- 1995b，〈維他命A缺乏眼疾之經驗〉。《中眼醫訊》，5卷1期，40-41頁。
- 1995c，〈「畫盲」的故事〉。《中眼醫訊》，5卷2期，38-39頁。
- 李叔佩，1979，〈解決學生視力問題刻不容緩〉，《健康教育》44: 1。
- 李冠瑩，1998，〈都是電腦惹的禍，小心「電腦症候群」上身〉。健康教育，81期，5-8頁。
- 余幸宜、許秀月、吳麗瑜，2014，〈由戶外活動與勢力關係之實證研究談台灣學童視力保健之防治〉。台灣健康照護研究學刊，16期，109-126頁。
- 沈希哲、陳政友、劉婉柔、黃世欣、盧玉玫、蔡宛珊、謝雅萍，2008，〈臺北縣家長對學童採取近視預防行為及其相關因素研究〉。健康促進暨衛生教育雜誌，28期，83-110頁。
- 吳仁宇，1993，〈教育部學校衛生動態報導〉。學校衛生，23期，92-97頁。

- 1996, 〈國民中小學課桌椅設計取向〉, 師友月刊, 343 期, 38-43 頁。
- 吳翠珍, 2009, 《全國兒童媒體使用行為調查報告》。台北: 富邦文教基金會。
- 吳鐵雄, 2010, 《我國資訊教育發展》。台北市: 心理出版社。
- 林惠朗, 1992, 〈建立視力保健網的基本理念〉, 中眼醫訊, 二卷 4 期, 167-168 頁。
- 林丕容, 2000, 〈雷射手術矯正中心的營運及風險〉。《中眼會訊》, 第 14 期, 35-38。
- 林武雄, 1979, 〈誰從衛生教育觀點談學童近視問題〉, 《健康教育》, 44 期, 13-14 頁。
- 林國明, 1997, 〈國家與醫療專業權力: 臺灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析〉, 《臺灣社會學研究》第 1 期, 77-136 頁。
- 林隆光, 1990a, 〈環境近視的新證據〉, 《健康世界》, 169 期, 57-59 頁。
- 1990b, 〈談假性近視〉, 《健康世界》, 170 期, 12-14 頁。
- 1990c, 〈營養維生素與眼睛〉, 《健康世界》, 179 期, 77-79 頁。
- 1991, 《近視防治研究報告》, 臺北市, 教育部國教司。
- 1993, 〈編輯評論—近視新觀念〉, 《慈濟醫學雜誌》, 5 卷 4 期, 283-284 頁。
- 1997, 《學童視力保健》。台北市, 健康世界叢書。
- 林隆光主持, 1982, 《近視防治研究報告》。臺北市, 教育部國教司。
- 1983, 《近視防治研究報告》。臺北市, 教育部國教司。
- 1985, 《近視防治研究報告》。臺北市, 教育部國教司。
- 1985, 《蘭嶼地區學童視力及眼屈折狀態調查研究報告》。行政院衛生署、台大醫院。
- 林隆光、洪伯廷, 1980, 〈臺大醫院眼科門診初診病歷統計觀察〉, 《中華民國眼科醫學會會刊》, 19 卷, 89-93 頁。

- 
- 林隆光、施永豐、何子昌、王清泓、陳建仁、洪伯廷，1993，〈臺北縣金山鄉中老年人屈光狀態之調查〉，《中華民國眼科醫學會雜誌》，40 期之一，1-8 頁。
- 林隆光、吳穗華、顏秋花、黃春雄、吳淑芬，1992，〈台灣省學齡前兒童視力篩檢先驅實驗計畫〉。《衛生教育雜誌第 13 期》，51-60 頁。
- 林隆光、劉應溪，1981，〈中國古代眼科學的發展史〉，《當代醫學》94: 695-697。
- 林隆光、洪伯廷、柯良時，1980，〈臺北市東門國小學童之眼屈折狀態調查〉。《中華民國眼科醫學會雜誌》19: 58-62。
- 林隆光、吳淑芬，1991 – 1994，《台灣地區學齡前幼童視力篩檢示範推廣計畫》。臺北市，行政院衛生署。
- 范燕秋，2005，《疾病、醫學與殖民現代性—日治臺灣醫學史》。台北縣，稻鄉出版社。
- 柯昀青，2016，《胖小孩，誰之過？兒童肥胖的國家治理與階級化的健康親職》。台灣大學社會學研究所碩士畢業論文。(未公開)
- 洪瑞連，2004，《台灣驗光師法制定之批判研究》。長庚大學醫務管理學研究所碩士畢業論文。
- 洪伯廷，2002，〈理事長的報告〉。《中眼會訊》，第 21 期，1-2 頁。
- 洪伯廷主持，1998，《近視研究室計畫：近視的研究。全程計畫執行總報告》。臺北市，行政院衛生署。
- 洪晨碩，2014，〈彈性病況：失智家庭的照顧軌跡〉。台灣社會學，28 期，59-96 頁。
- 施永豐、王藹侯、柯良時，1989，〈台灣大學醫學生的屈調狀態調查〉，中華民國眼科醫學會雜誌，28 卷 1 期，53-58 頁。
- 施永豐、黃欽永、劉君謙、蔡秀華、林隆光、侯平康，1993，〈氣功眼球運動對

- 近視防治效果的初步評估)。《慈濟醫學雜誌》5(4):275-281。
- 施永豐、林隆光、柯良時、洪伯廷，1989，〈眼球望遠視運動對近視防治效果的初步評估〉。中華民國眼科醫學會雜誌，28卷1期，49-52頁。
- 施永豐、林隆光、王勢爵、柯良時，1993，〈實驗性近視之研究 II_atropine 和 hoatropine 對雞近視的作用〉。中華民國眼科醫學會雜誌，32卷1期，29-35頁。
- 施永豐、林隆光、王勢爵、王鵬程、柯良時，1993，〈實驗性近視之研究 III_光線對眼球發育之影響〉。中華民國眼科醫學會雜誌，32卷1期，36-40頁。
- 施永豐、林隆光、王鵬程、楊嘉華、柯良時，1993，〈實驗性近視之研究 IV_視神經切除集結狀神經節切除對雞眼球發育之影響〉。中華民國眼科醫學會雜誌，32卷2期，229-234頁。
- 施永豐、陳慕師、林隆光、王鵬程、楊嘉華、柯良時，1993，〈實驗性近視之研究 V_感光細胞對眼球發育之影響〉。中華民國眼科醫學會雜誌，32卷2期，235-240頁。
- 施永豐、陳慕師、林隆光、何子昌、王勢爵、王鵬程、柯良時、侯平康，1993，〈實驗性近視之研究 VII_看電視對近視發育之影響〉。中華民國眼科醫學會雜誌，32卷4期，393-400頁。
- 柯志明，2012，〈跨學科的歷史研究法〉。收於《社會及行為科學研究法(二):質性研究法》。
- 柯良時，1963，〈學校近視的藥物治療〉。《中華民國眼科醫學會雜誌》4:42-56。
- 柯良時、劉效蘇、楊燕飛，1959，〈台北市國民學校學童之眼屈折狀態調查〉。《臺灣醫學會雜誌》58, 6: 336-354。
- 孫思邈，1994，《千金方》。長春：吉林人民出版社。
- 陳宗文，2013，〈權力的技術與技術的權力：台灣疫苗採用的歷程分析〉。《台灣



- 社會學》，25 期，45-87 頁。
- 陳宜君，2013，《製作健康兒童—日治時期台灣學校衛生事業之發展》。台北：師範大學臺灣史研究所碩士論文。
- 陳政友，1994，〈學生近視問題探討〉。《學校衛生》，24 期，18-25 頁。
- 2013，〈我國學幼童近視問題與對策〉。《學校衛生》63 期: 103-110。
- 陳政友、黃松元、林隆光、王國川、劉婉柔，2002，〈學童視力保健效果實驗研究〉。《學校衛生》，第 41 期，1-20 頁。
- 陳政友、林隆光、彭秀英、劉婉柔、劉乃昫，2006，〈國小學童學習壓力與其近視發生及惡化關係之一年追蹤研究〉。《衛生教育學報》25 期: 1-25。
- 陳惠伶，2009，《視光產業職能需求探討》，國立屏東科技大學技術及職業教育研究所碩士畢業論文。
- 陳美華，2011，〈台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析〉。《台灣社會研究季刊》81 期: 3-78。
- 陳君愷，2010，〈日治時期台人「習醫偏執」所反映的社會意義及其影響〉。《文化實踐與社會變遷》1 期: 127-195。
- 陳慕師，2001，《國立台灣大學醫學院附設醫院：眼科百年史》。台北市，明高。
- 陳德照，1994，〈自行執業如何因應全民健保〉。《中眼醫訊》，第四卷第 2 期，31-35 頁。
- 莊國賢，1962，〈論惡性補習〉。《健康教育通訊》，第 8 期，第 10 頁。
- 許金雄，1986，〈視力保健工作需要再接再厲進行〉。《師友月刊》，255 期，58 頁。
- 許紋銘，1994，〈眼科醫師人力之探討〉。《中眼醫訊》，4 卷 2 期，17-18 頁。
- 2003，〈將理念落實 讓夢想實現（中）〉。《中眼醫訊》，24 期，1-6 頁。
- 許紋銘編，2014，《臺灣當代眼科發展紀實》。新北市，合計出版社。

- 
- 許紋銘、王安國，2014，〈臺灣眼科醫師人力及分布〉。收於許紋銘編，《臺灣當代眼科發展紀實》。99-105 頁。
- 許佩賢，2005，《殖民地臺灣的近代學校》。臺北市，遠流。
- 2012，《太陽旗下的魔法學校——日治台灣新式教育的誕生》。新北市，東村出版社。
- 梁其姿，〈醫療史與中國「現代性」問題〉，《中國社會歷史評論》（天津）8（2007）：1-18。
- 張煜麟、倪鳴香、劉影梅，2014，〈都市兒童近視初期傳記性歷程之研究〉。《生命敘說與心理傳記學》，第2期，245-261 頁。
- 張美金、蔡志忠，1989，〈六個願望——專訪衛教系創始人——李叔佩教授〉，《健康教育》63: 3-5。
- 張淑卿，2010，〈國家與兒童健康：1950-60 年代臺灣國民學校的衛生教育〉，《國史館館刊》24: 89-138。
- 張麗春、吳佩昌、牛玉珍、陳敏莉、廖梨伶，2016，〈台灣校園近視防治軌跡〉。《台灣衛誌》，35 期之 1，17-30 頁。⁵⁸
- 張朝凱、陳德照，2014，〈屈光手術在臺灣的發展〉。收於許紋銘主編，《臺灣當代眼科發展紀實》，56-60 頁。
- 張嘉平、謝欣然，1980，空軍軍校學生視力之調查，*Journal of Medical Sciences*，3 卷 4 期，1007-1013 頁。
- 曾凡慈，2008，〈發現「遲緩兒童」：科學認知、權力技術與社會秩序〉。《台灣社會學》，第 15 期，162-215 頁。
- 2010，《兒童發展的風險治理：發展遲緩、監管網絡與親職政治》。台灣大學社會學研究所博士畢業論文。
- 黃松元、陳政友、賴香如，2004，〈學校衛生工作新模式——健康促進學校〉。《學

⁵⁸ 感謝謝新誼協助搜尋。



- 校衛生》，第 45 期，59-71 頁。
- 彭秀英，2010，《臺灣地區學齡前幼童近視及其相關因素研究》。師範大學健康促進與衛生教育學研究所博士畢業論文。
- 2011，〈學齡前兒童家長實施幼童近視防治行為與其相關因素研究〉。《學校衛生》，第 58 期，83-102 頁。
- 彭秀英、林隆光、吳仁宇，2010，〈國小及幼稚園教師對學童視力保健知識、態度、行為效能的相關因素研究〉。《學校衛生》56: 21-38。
- 黨偉龍，2009，〈略論古代讀書人明目之法〉，《中醫文獻雜誌》2。
- 楊國樞，1988，《學生近視問題的行為因素》。台北市，行政院研考會。
- 楊國樞、葉啟政，1978，〈升學主義下的教育問題〉。收於楊國樞、葉啟政主編，《當前台灣社會問題》（頁 73-93）。臺北市，巨流出版社。
- 楊淑朱、蔡佳燕，2010，〈戰後台灣社會生態對兒童遊戲的影響〉，《幼兒較寶研究》，5 期，133-153 頁。
- 董曉青，2000，〈角膜塑型術經驗談〉。《中眼會訊》，第 4 期，66-67 頁。
- 經濟日報，1969，〈推廣隱形眼鏡〉，9 月 4 日。
- 1975，〈保護消費者的視覺健康〉，4 月 3 日。
- 1989，〈老少輩眼鏡市場多「美景」業者各佈陣勢大有「看頭」〉。9 月 16 日。
- 1990，〈全國近視復原教室〉。2 月 8 日。
- 1991，〈好仕牌名筆禮盒精緻典雅〉。7 月 1 日。
- 1992a，〈康久美視力保健中心 徵加盟店〉。1 月 24 日。
- 1992b，〈康久美視力保健中心 '徵求'加盟店〉。2 月 15 日。
- 1993，〈康久美做好視力保健應建立正確用眼觀念〉。2 月 26 日。
- 1996a，〈教室照明改善措施座談會〉。2 月 10 日。
- 1996b，〈全國近視復原教室擴大服務網〉。7 月 2 日。



—1997，〈保視 1.0 近視理療鏡〉，2 月 20 日。

—1998，〈視寶視力回復器 獲肯定〉。8 月 15 日。

—2003，雷射矯正近視〉。8 月 13 日。

廖品正編，1987，《中醫眼科學》長沙市：湖南科學技術出版社。

熊秉真，1999，《安恙：近世中國兒童的疾病與健康》。臺北市，聯經。

蔡鴻祺，2013，〈國小中、高年級學童實行「規律用眼 3010」、「天天戶外遠眺 120」相關活動對其達成率影響之行動研究〉。金門縣湖埔國民小學。

鄧鐵濤、程之范，2000，《中國醫學通史（近代卷）》。北京，人民產生出版社。

臺灣省政府，1980，〈加強學生視力保健重點措施〉，《台灣省政府公報》六十九年夏字第四十二期，3-5 頁。

—1986，〈加強學生視力保健重點措施〉，《台灣省政府公報》七十五年冬字第一期，9-12 頁。

臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組，1984a，《臺灣教育發展史料彙編：國民教育篇》，臺中，臺灣省政府教育廳。

臺灣教育發展史料彙編編輯委員會編輯小組，1984b，《臺灣教育發展史料彙編：衛生教育篇》，臺中，臺灣省政府教育廳。

劉正，2006，〈補習在臺灣的變遷、效能與階層化〉。教育研究期刊，52 期之 4，1-33 頁。

盧意婷，2016，《協商理想親職：自閉症孩童家長的敘事與實作》。台灣大學社會學研究所碩士畢業論文。

學校衛生編輯部，1993，〈教育部學校衛生法規轉載〉。《學校衛生》，23 期，99 頁。

謝新誼，2014，《塵蟎治理：小兒過敏風險、健康消費與密集親職》。台灣大學社會學研究所碩士畢業論文。

謝佩玲、吳佳玲、廖梨伶、陳敏俐、牛玉珍、周明慧、張麗春，2015，〈國小學

- 童近視之相關因子》。《北市醫學雜誌》，12-2 期，184-194 頁。
- 顏學誠，2014，〈教育與社會秩序：解析升學主義〉。《教育實踐與研究》，27-1 期，121-144 頁。
- 聯合報，1958，〈南市風行惡性補習 國校學生面黃肌瘦〉，9 月 28 日。
- 1959，〈學生近視〉，2 月 16 日
- 1963a，〈學童患近視 情形很嚴重〉，7 月 20 日。
- 1963b，〈多病的孩子〉，11 月 28 日。
- 1965a，〈「盲」教！〉，6 月 21 日。
- 1965b，〈應接受檢查〉，10 月 7 日。
- 1965c，〈國民目光漸短.靈魂之窗黯了〉，11 月 27 日。
- 1965d，〈廣告和兒童視力〉，12 月 1 日。
- 1966，〈解除孩子的倒懸 恢復下一代健康〉，3 月 7 日。
- 1972，〈隱形眼鏡引起眼疾 眼醫學會建議 裝配應予限制〉，12 月 27 日。
- 1975a，〈近視眼鏡與眼眶發黑〉，3 月 10 日。
- 1975b，〈國教司將邀請專家學者 研討學童視力問題〉，5 月 21 日。
- 1975c，〈眼鏡業者建議 辦光學技訓班〉，9 月 11 日。
- 1979，〈近視學生日益增多 行政院長表示關心〉，10 月 5 日。
- 1980，〈小學學生多「鏡士」 家長不宜太「近視」〉，9 月 16 日。
- 1981a，〈政院通過 B 型肝炎防治計劃 孫揆呼籲信任科學研究成果〉，8 月 14 日。
- 1981b，〈配鏡要醫師處方〉，4 月 28 日。
- 1982，〈遠視治近視 九月起實施〉，7 月 31 日。
- 1983，〈台北訊減少學童近視率 應先取消早自修〉，10 月 24 日。
- 1984a，〈近視惡補青少年問題樣樣有 教育局下藥仍難癒重症〉，1 月 15 日。

- 1984b, 〈視力保健操融合太極拳 實驗具宏效角逐科學展〉。1月16日。
- 1984c, 〈發動強大攻勢撲滅〉。3月29日。
- 1986, 〈視力保健基金會 昨天成立籌備會〉。10月31日。
- 1988, 〈學生近視 亞洲我第一〉。11月17日。
- 1990, 〈幼稚園兒童 5%視力弱化〉。8月3日。
- 1991a, 〈呵護靈魂之窗請多運動多營養〉。6月16日。
- 1991b, 〈預防近視眼 多往遠處看〉。11月1日。
- 1992a, 〈矯治近視 把握七歲以前〉。2月22日。
- 1992b, 〈衛署六年保眼計畫出擊〉。12月27日。
- 1993a, 〈空間狹隘 電視電玩 學齡前後 近視主因〉。1月3日。
- 1993b, 〈教室照明設備不良 四眼四雞越來越多〉。6月7日。
- 1993c, 〈久盯螢光幕 視力亮紅燈〉。7月25日。
- 1994a, 〈花錢不一定有效〉。2月3日。
- 1994b, 〈遠的看不見,近的看不清 你的靈魂之窗有問題〉。6月26日。
- 1995a, 〈幼兒視力篩檢 請家長幫忙〉。1月7日。
- 1995b, 〈小近視 年紀愈來愈輕大近視 度數愈來愈深〉。1月21日。
- 1995c, 〈只照亮教室 減少不了近視〉。8月13日。
- 1996, 〈30萬中小學生 要戴眼鏡〉。11月21日。
- 1998a, 〈我家有個近視眼〉。9月13日。
- 1998b, 〈沒有度數的近視眼〉。9月14日。
- 1999a, 〈聯合國人近視年輕化 衛署協調教部獲回應〉。4月2日。
- 1999b, 〈推動五分鐘眼球體操〉。6月24日。
- 1999c, 〈竹縣國中生 近五成二近視〉。11月23日。
- 1999d, 〈趴睡傷眼? 教部將研究午睡存廢〉。12月7日。
- 1999e, 〈午睡,讓學童閉眼休息的唯一辦法〉。12月8日。





- 2000a, 〈黃素型呼籲校園護眼 二課三操莫忽視〉。6月21日。
- 2000b, 〈視力保健與近視手術〉。1月9日。
- 2000c, 〈小二以下學童 不宜操作電腦〉。3月28日。
- 2000d, 〈眼睛保健 教部教你17招〉。3月30日。
- 2000e, 〈視力保健操 大家一起做〉。4月26日。
- 2000f, 〈學童護眼須知 暑假前發送〉。6月5日。
- 2000g, 〈視力保健營闖關遊戲 體驗盲者感受〉。8月12日。
- 2000h, 〈視力大作戰 小朋友大跳保健操〉。10月23日。
- 2000i, 〈益智闖關 親子同樂〉。10月29日。
- 2000j, 〈護眼操 成效佳 教局推廣〉。12月6日。
- 2000k, 〈課業重 眼鏡怎麼不厚〉。12月7日。
- 2001a, 〈復興國小 鼓勵望遠凝視〉。1月12日。
- 2001b, 〈勤練愛眼健康操 廣興學童很帶勁〉。1月12日。
- 2001c, 〈望遠凝視 壯圍國小師生保視力〉。1月13日。 — 2001d, 〈打倒惡視力 幼教老師動起來〉。1月17日。
- 2001e, 〈IBM電腦童玩節很健康〉。4月9日。
- 2002, 〈視力保健操 成效看得見〉。10月9日。
- 2003a, 〈1所幼托園所 視覺環境不合格〉。4月8日。
- 2003b, 〈幼童視力保健〉。4月21日。
- 2014, 〈太常玩平板 小2女半年近視150度〉。3月4日。
- 聯合晚報, 1990, 〈幼稚園 '四眼田雞'遽增〉。7月31日。
- 1995, 〈台灣, 這個第一〉。1月20日。
- 1996, 〈校外吵 教室暗 上課真累〉。9月20日。
- 1997, 〈幼童視力不良 複診率偏低〉。10月23日。
- 1998, 〈幼兒弱斜視嚴重〉。6月8日。

——2001，〈北市高中生近九成視力不良〉。2月6日。

羅芙芸，[2004]2007，《衛生的現代性：中國通商口岸衛生與疾病的含義》，向磊譯。南京：江蘇人民出版社。

藍佩嘉，2004。〈女人何苦為難女人？雇用家務移工的三角關係〉。《臺灣社會學》，8期，43-97頁。

——2014。〈做父母、做階級：親職敘事、教養實作與階級不平等〉。《臺灣社會學》，27期，97-140頁。

Weber, Max, 1992，《宗教與世界：韋伯選集(II)》。康樂、簡惠美譯。台北：遠流。

二、西文部分：

Abbott, Andrew. (1986). Jurisdictional conflicts: a new approach to the development of the legal professions. *Law & Social Inquiry*, 11(2), 187-224.

Abel, Thomas. (2007). Cultural capital in health promotion. In *Health and modernity*(pp. 43-73). Springer New York.

Bevir, Mark. (2012). *Governance: A very short introduction*. OUP Oxford.

Bevir, Mark., & Rhodes, R. A. (Eds.). (2016). *Rethinking Governance: Ruling, rationalities and resistance* (Vol. 24). Routledge.

Bourdieu, Emmanuel. (1998). *Savoir Faire Contribution À Une Théorie Dispositionnelle de L'Action*. Paris : Seuil.

Bourdieu, Pierre. (2002). *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France* (2000 -2001). Paris : Seuil.

——(2012). *Sur l'État: cours au Collège de France* (1989-1992). Paris: Seuil.

Bunton, Robin, Roger Burrows, and Sarah Nettleton, eds. (1995) *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*.

London, New York : Routledge.

Bröckling, Ulrich., Krasmann, Susanne., & Lemke, Thomas. (Eds.). (2010).

Governmentality: Current issues and future challenges. Routledge.

Canguilhem, George. (1966). *Le normal et le pathologique*. PUF.

Chang, Shirley Hsiao-Ching, Yung-Feng Shih & Luke L-K. Lin (1999) "A Review of Myopia Studies in Taiwan". *Acta Societatis Ophthalmologicae Sinicae* 38(3): 312-327.

Cheek, Julianne (2008) "Healthism: a New Conservatism?" *Qualitative Health Research*, 18(7): 974-982.

Chien, Yu-Ju. (2013). How did international agencies perceive the avian influenza problem? The adoption and manufacture of the 'One World, One Health' framework. *Sociology of health & illness*, 35(2), 213-226.

Conrad, Peter. (1992) "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.

— (2005) "The Shifting Engines of Medicalization". *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1): 3-14.

Conrad, Peter., & Deborah Potter (2004) "Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement". *Sociology of Health & Illness*, 26(2): 184-215.

Crawford, Robert (2006) "Health as a Meaningful Social Practice". *Health*, 10(4): 401-420.

Dardot, Pierre., & Laval, Christian. (2010). *Nouvelle raison du monde*. La Découverte.

Davidson, Luke. (1996). SSHM Prize Essay 'Identities Ascertained': British Ophthalmology in the First Half of the Nineteenth Century. *Social history of medicine*, 9 (3) , 313-333.

Dubbin, Leslie A., Jamie Suki Chang, and Janet K. Shim (2013). Cultural health capital



and the interactional dynamics of patient-centered care. *Social Science & Medicine*, 93, 113-120.

Foste P. J. & Jiang Y. (2014) Epidemiology of myopia. *Eye*, 28 (2), 202-208.

Foucault, Michel (1979[1976]) *The History of Sexuality Volume 1: An Introduction* (R. Hurley, Trans.). London: Allen Lane.

— (1984) *Histoire de la sexualité II. L'usage des Plaisirs*. Gallimard.

— (2007) *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977-1978* (A. I. Davidson, Trans.). New York: Palgrave Macmillan

— (2010) *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979* (A. I. Davidson, Trans.). New York: Palgrave Macmillan.

Gingras, Yves. (1995). Un air de radicalisme [Sur quelques tendances récentes en sociologie de la science et de la technologie]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 108(1), 3-18.

Hays, Sharon. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press.

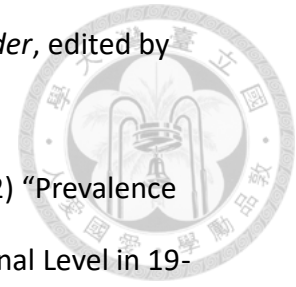
Holden, Brien, Padmaja Sankaridung, E Smith, Thomas Aller, Mingguang He, and Monica Jong. (2014) "Myopia, an Underrated Global Challenge to Vision: where the Current Data Takes Us on Myopia Control". *Eye*, 28(2): 142-146.

Holden, Brien. A., Fricke, Timothy. R., Wilson, David. A., Jong, Monica., Naidoo, Kevin. S., Sankaridurg, Padmaka., Naduvilath, Thomas J., & Resnikoff, Serge. (2016). Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*, 123(5), 1036-1042.

Irwin, Alan. (2008) "STS Perspectives on Scientific Governance". Pp. 583-607 in *The Handbook of Science and Technology Studies*, edited by Edward J. Hackett, Olga Amsterdamska, Michael Lynch, Judy Wajcman. Cambridge, MA: MIT Press.

Jasanoff, Shelia. (2004) "Ordering Knowledge, Ordering Society". Pp. 13-45 in *States*

of Knowledge: the Co-production of Science and the Social Order, edited by Shelia Jasanoff. London: Routledge.



Jung, Su-Kyung, Jin Hae Lee, Hirohiko Kakizaki, Donghyun Jee (2012) "Prevalence of Myopia and its Association with Body Stature and Educational Level in 19-Year-Old Male Conscripts in Seoul, South Korea Prevalence on Myopia in Young Males in Korea". *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53(9), 5579-5583.

Lahire, Bernard. (2011). *The plural actor*. Cambridge: Polity Press.

Lan, Pei-Chia. (2014). Compressed modernity and glocal entanglement: The contested transformation of parenting discourses in postwar Taiwan. *Current Sociology*.

Lareau, Annette. (2011). *Unequal childhoods: Class, race, and family life*. Univ of California Press.

Larkin, G. V., (1981). Professional autonomy and the ophthalmic optician. *Sociology of Health & Illness*, 3: 15–30.

Latour, Bruno. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Harvard university press.

Lemke, Thomas. (2011). *Foucault, governmentality, and critique*. Routledge.

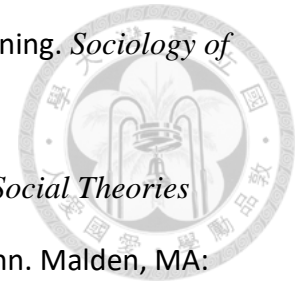
Lupton, Deborah (1995) *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications.

Klein, Barbara EK. (2010) "Epidemiology of Myopia and Myopic Shift in Refraction". Pp.3-23. In *Myopia: Animal Models to Clinical Trials*, edited by Beuerman et al. Singapore: World Scientific.

Mauss, Marcel (1950) *Sociologie et anthropologie* . Paris : La Découverte.

Missinne, Sarah, Karel Neels, and Piet Bracke (2014). Reconsidering inequalities in preventive health care: an application of cultural health capital theory and the

life-course perspective to the take-up of mammography screening. *Sociology of health & illness*, 36(8), 1259-1275.



O'Malley, Patrick (2008) "Governmentality and Risk". Pp. 52-75 in *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*, edited by Jens O. Zinn. Malden, MA: Blackwell.

Porter, Dorothy. (1999). *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Psychology Press.

Rabinow, Paul. (2009). *Anthropos today: Reflections on modern equipment*. Princeton University Press.

Rose, Nikolas. (1990) *Governing the Soul: the Shaping of the Private Self*. New York: Routledge.

Rose, Nikolas., O'Malley, Patrick., & Valverde, Mariana. (2006). Governmentality. *Annu. Rev. Law Soc. Sci.*, 2, 83-104.


Rose, Kathryn A., Ian G. Morgan, Jenny Ip, Annette Kifley, Son Huynh, Wayne Smith, Paul Mitchel (2008) "Outdoor Activity Reduces the Prevalence of Myopia in Children". *Ophthalmology* 115(8): 1279-1285.

Santodomingo, Jacinto (2011) "Controlling Myopia Progression with Ortho-K". *Contact Lens and Anterior Eye*, 34, S2.

Seet, Benjamin, Tien Yin Wong, Donald T H Tan, Seang Mei Sawe, Vivian Balakrishnan, Lionel K H Lee, Arthur S M Lim (2001) "Myopia in Singapore: Taking a Public Health Approach". *British Journal of Ophthalmology*, 85(5), 521-526.

Shih, Yi-Ping. (2011). *Raising a international child: Parenting, class and social boundaries in Taiwan*. Ph. D. dissertation. State University of New York in Buffalo, Department of Sociology.

Shim, Janet. K. (2010). Cultural health capital: a theoretical approach to

- 
- understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15.
- Silva, Elizabeth. B. (2016). Unity and fragmentation of the habitus. *The Sociological Review*, 64(1), 166-183.
- Strauss, Anselm. L. (1978). *Negotiations: Varieties, contexts, processes, and social order*. Jossey-Bass Inc Pub.
- The Eye Diseases Prevalence Research Group. (2004) “The Prevalence of Refractive Errors among Adults in the United States, Western Europe, and Australia”. *Arch Ophthalmol*, 122(4), 495-05.
- Vitale, Susan, Robert D. Sperduto, and Frederick L. Ferris (2009) “Increased Prevalence of Myopia in the United States between 1971-1972 and 1999-2004”. *Archives of Ophthalmology*, 127(12), 1632-1639.
- Wacquant, Loic. (2016). A concise genealogy and anatomy of habitus. *The Sociological Review*, 64(1), 64-72.
- Williams, Katie M., Geir Bertelsen, Phillippa Cumberland, Christian Wolfram, Virginie J.M. Verhoeven, Eleftherios Anastasopoulos, Gabriëlle H.S. Buitendijk, , Audrey Cougnard-Grégoire, Catherine Creuzot-Garcher, Maja Gran Erke, Ruth Hogg, René Höhn, Pirro Hysi, Anthony P. Khawaja, Jean-François Korobelnik (2015) “Increasing Prevalence of Myopia in Europe and the Impact of Education”. *Ophthalmology*. 122.7: 1489-1497.
- Wu, Pei-Chang et al. 2010. Effects of Outdoor Activities on Myopia Among Rural School Children in Taiwan. *Ophthalmic Epidemiology*, 17(5), 338-342.
- Yang, Mei-Chuan, Lee, Hsin-Jui., Chen, Yi-Chun., Lin, Szu-Yuan., & Lin, Shun-Ling. (2003). Overnight Orthokeratology: A Preliminary Report. 《中華民國眼科醫學會雜誌》 42(3), 187-194.

三、網路資料：

中華民國統計資訊網。家庭主要設備普及率。下載網址：

<http://statdb.dgbas.gov.tw/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=FF0009A1A&ti=%A%Ea%AEx%A5D%ADn%B3%5D%B3%C6%B4%B6%A4%CE%B2v%20%20-%A6%7E&path=../PXfile/HouseholdFinances/&lang=9&strList=L>

檢閱日期：2016 年 7 月 19 日。

中華民國眼科醫學會編審，2001，《兒童視覺問題診療工作指引》。行政院衛生署國民健康局印製。下載網址：

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/healthtopic/TopicArticle.aspx?No=200712250411&parentid=200712250086>

檢閱日期：2016 年 7 月 19 日。

中華民國學校衛生協會主編，2010，《學生健康檢查工作手冊》。下載網址：

<http://cpd.moe.gov.tw/download/356-student-health-check-workbook.html>

檢閱日期：2016 年 7 月 20 日。

中華民國學校衛生學會，2008，《預防學童近視親職手冊》，台北縣立醫院。下載網址：

https://www.google.com.tw/search?q=%E9%A0%90%E9%98%B2%E5%AD%B8%E7%AB%A5%E8%BF%91%E8%A6%96%E8%A6%AA%E8%81%B7%E6%89%8B%E5%86%8A&oq=%E9%A0%90%E9%98%B2%E5%AD%B8%E7%AB%A5%E8%BF%91%E8%A6%96%E8%A6%AA%E8%81%B7%E6%89%8B%E5%86%8A&gs_l=serp.3...216442.216442.0.217155.1.1.0.0.0.43.43.1.1.0....0...1.1.64.serp..0.0.0.e6HCjwfguI

檢閱日期：2016 年 7 月 2 日。

內政部役政署的體位區分標準。

http://www.nca.gov.tw/Web/pg_laws.php?gr=&kw=&PG=2&ID=136 檢閱日期：

2016 年 8 月 19 日。



立法院公報，2015，院會紀錄。第 104 卷，第 11 期。下載網址：

https://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/communique1/final/pdf/104/11/LCIDC01_1041103_00004.pdf

檢閱日期：2017 年 12 月 25 日。

江綺雯，2017，106 內調 0022 調查報告。下載網址：

<https://www.cy.gov.tw/sp.asp?xdURL=./di/RSS/detail.asp&ctNode=871&mp=1&no=5610>

檢閱日期：2017 年 7 月 1 日。

台灣眼科防盲教育研究醫學會主編，2013，《視力保健 Q&A》。下載網址：

<http://blog.ilc.edu.tw/blog/index.php?op=printView&articleId=513883&blogId=5900>

檢閱日期：2016 年 7 月 1 日。

全國法規資料庫，《兒童及少年福利與權益保障法》。下載網址：

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=D0050001>

檢閱日期：2017 年 9 月 20 日。

林隆光，日期不詳，〈假性近視的迷思〉。下載網址：

<http://office.fhjh.tn.edu.tw/sao/nearsight.htm>

檢閱日期：2016 年 7 月 5 日。

林隆光編，2008，《學幼童視力及立體感篩檢手冊。》下載網址：

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3FBse0mKg78J:hpshome.hphe.ntnu.edu.tw/Download.aspx%3Ftarget%3D%25E5%25AD%25B8%25E5%25B9%25BC%25E7%25AB%25A5%25E8%25A6%2596%25E5%258A%259B%25E5%258F%258A%25E7%25AB%258B%25E9%25AB%2594%25E6%2584%259F%25E7%25AF%25A9%25E6%25AA%25A2%25E5%25B7%25A5%25E4%25BD%259C%25E6%2589%258B%25E5%2586%258A.doc%26fdir1%3DDocTeachFiles%26fdir2%3D443%26fname%3D20110408103751409000.doc+%&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>





檢閱日期：2016 年 4 月 1 日。

國家人才招募中心。下載網址：

<http://rdrc.mnd.gov.tw/rdrc/recruit/a-left01b02.aspx>

檢閱日期：2016 年 8 月 22 日。

兒童福利聯盟。下載網址：

<http://www.children.org.tw/epaper/detail/238>

檢閱日期：2016 年 8 月 25 日。

陳政友，2012，〈教育部學童視力保健計畫〉，《健康促進學校電子報》，13 期。

網址：

<http://hpsHOME.hphe.ntnu.edu.tw/Files/EpaperFiles/134/20121112083635531000.pdf>

檢閱日期：2017 年 6 月 29 日。

衛福部國民健康署新聞，2015，〈立法院三讀通過 通過「兒童及少年福利與權益保障法」修正草案〉下載網址：

<http://www.mohw.gov.tw/cp-2636-21146-1.html>

檢閱日期：2017 年 10 月 2 日。

衛福部國民健康署，2015a，〈教育部訂定國民小學電子白板使用原則〉下載網址：file:///C:/Users/user/Downloads/File_134.pdf

檢閱日期：2018 年 1 月 10 日。

衛福部國民健康署，2015b，〈衛生福利部國民健康署建議 3C 產品加註警語行政指導原則〉下載網址：file:///C:/Users/user/Downloads/File_137.pdf

檢閱日期：2018 年 1 月 10 日。

衛福部國民健康署，2016，〈近視歷年流行病學調查結果〉下載網址：

file:///C:/Users/user/Downloads/File_485.pdf

檢閱日期：2016 年 5 月 30 日。

醫聲論壇，2012，〈十年過去了~有什麼改變嗎〉。搜尋網址：

<https://forum.doctorvoice.org/viewtopic.php?f=24&t=74618>



檢閱日期：2016 年 8 月 1 日。

施永豐，2005，〈近視流行病學之防治文獻彙整研究報告〉。下載網址：

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/healthtopic/TopicArticle.aspx?No=200712250415&parentid=200712250086>

檢閱日期：2016 年 7 月 1 日。

蔡紫勳，日期不詳，〈視力、近視、假性近視？〉。下載網址：

<https://www.ntuh.gov.tw/OPH/DocLib10/%E8%BF%91%E8%A6%96%E8%88%87%E5%81%87%E6%80%A7%E8%BF%91%E8%A6%96.aspx>

檢閱日期：2016 年 7 月 5 日。

蔡紫勳，2015，〈小孩近視了？是真是假？〉。下載網址：

http://www.twhealth.org.tw/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=881&Itemid=21

檢閱日期：2016 年 7 月 5 日。

臺北市立聯合醫院，2017，〈臺北市兒童健康起步計畫～減度防齲專案〉。下載網址：

<http://www.tpech.gov.taipei/ct.asp?xItem=53980098&ctNode=65828&mp=109011>

檢閱日期：2016 年 7 月 1 日。

臺灣健康促進學校，2014，〈學校護理人員視力保健篩檢研習之綜合討論〉。下載網址：https://hps.hphe.ntnu.edu.tw/topic_promote.aspx?kid=1

檢閱日期：2017 年 1 月 30 日。

教育部體育司，〈加強學童視力保健五年計劃〉，1999。下載網址：

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EQyEvKsnuk8J:www.fkps.kh.edu.tw/admin/Health/eye/%25E5%258A%25A0%25E5%25BC%25B7%25E5%25AD%25B8%25E7%25AB%25A5%25E8%25A6%2596%25E5%258A%259B%25E4%25BF%259D%25E5%2581%25A5%25E4%25BA%2594%25E5%25B9%25B4%25E8%25A8%258%25E7%2595%25AB.doc+&cd=6&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>

檢閱日期：2016 年 3 月 30 日。

教育部體育司，2004，〈加強學童視力保健五年計畫檢討報告〉。下載網址：

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rPCSm4QgsXwJ:hpshome.hphe.ntnu.edu.tw/Download.aspx%3Fftarget%3D%25E5%258A%25A0%25E5%25BC%25B7%25E5%25AD%25B8%25E7%25AB%25A5%25E8%25A6%2596%25E5%258A%259B%25E4%25BF%259D%25E5%2581%25A5%25E4%25BA%2594%25E5%25B9%25B4%25E8%25A8%2588%25E7%2595%25AB.doc%26fdir1%3DDocTeachFiles%26fdir2%3D323%26fname%3D20110224165714810000.doc+%&cd=3&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>

檢閱日期：2016 年 3 月 18 日。

教育部體育司，2007，〈學（幼）童視力保健實施計畫〉。下載網址：

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i QyqWd9X oj:www4.ttes.tn.edu.tw/dyna/pub/downfiles.php%3Frec id%3D54%26rel nm%3D1%26account%3DSchool2+%&cd=2&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>

檢閱日期：2016 年 3 月 30 日。

教育部，時間不詳，〈「規律用眼 3010」與「天天戶外遠眺 120」工作內涵說明〉。下載網址：

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6 4ai4hDVogJ:www.bhjh.tn.edu.tw/~breakhorse/healthschool/104/%25E8%25A6%2596%25E5%258A%259B%25E4%25BF%259D%25E5%2581%25A5-OK/%25E8%25A6%258F%25E5%25BE%258B%25E7%2594%25A8%25E7%259C%25B3010%25E8%2588%2587%25E5%25A4%25A9%25E5%25A4%25A9%25E6%2588%25B6%25E5%25A4%2596%25E9%2581%25A0%25E7%259C%25BA120.doc+%&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>

檢閱日期：2016 年 3 月 30 日。

教育部國教署，2010，〈教育部學幼童視力保健三年計畫〉。下載網址：

<http://203.68.64.40/six/main/hsub3.html> 檢閱日期：2016年3月30日。

張麗春，2014，〈103學年度學幼童視力保健計劃簡介〉。下載網址：

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FU1qLyDbzIoJ:moodle.kpv.s.tp.edu.tw/pluginfile.php/65/mod_forum/attachment/79906/103%2520%25E5%25B9%25B4%25E5%25BA%25A6%25E5%25AD%25B8%25E5%25B9%25BC%25E7%25AB%25A5%25E8%25A6%2596%25E5%258A%259B%25E4%25BF%259D%25E5%2581%25A5%25E8%25A8%2588%25E7%2595%25AB%25E7%25B0%25A1%25E4%25BB%258B.pdf+%&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw

檢閱日期：2016年3月30日。

《學童視力保健考評及獎勵要點》，2000。下載網址：

<http://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A040080081008300-0891208>

檢閱日期：2016年3月30日。

視力保健活動-望遠凝視實施要點

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xS_7umJfcfJ:web.chihs.tp.edu.tw/~health/96/h2/data/h2-3-4.doc+%&cd=4&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw

檢閱日期：2017年7月1日。

WHO, 2017, *The Impact of Myopia and High Myopia. Report of the Joint World Health Organization-Brien Holden Vision Global Scientific Meeting on Myopia.*

<http://www.who.int/blindness/causes/MyopiaReportforWeb.pdf>

檢閱日期：2017年10月27日。

學校護理人員協進會，2016，〈國際護師節記者會。捍衛學生健康權，反對校園醫療化，重建校園保健功能〉。

<http://www.cooloud.org.tw/node/85298>

檢閱日期：2017年11月29日。

Mobile，2015，〈小一兒童(7 歲)近視治療〉。

<https://www.mobile01.com/topicdetail.php?f=330&t=4321889>

檢閱日期：2017 年 12 月 29 日。

Babyhome，2012，〈眼科醫師給近視兒童的中肯建議！〉。

<https://forum.babyhome.com.tw/topic/3766438>

檢閱日期：2017 年 12 月 29 日。

Babyhome，2012，〈近視治療 - 歐格利視力回復有人要一起上嗎? 台北永春捷運站〉。

<https://forum.babyhome.com.tw/topic/3904369>

檢閱日期：2017 年 12 月 29 日。



附錄一：家長用受訪同意書

親愛的_____您好：

感謝您參與《從學校衛生到家庭矯正：治理近視王國》研究的深度訪談計畫。我是戴定皇，目前就讀於國立台灣大學社會學研究所二年級。這份研究是我的碩士論文，希望能夠了解爸爸媽媽如何協助孩子們面對近視的問題。比如說，您從事了哪些方法來改善或緩和小孩的近視，又如何看待家長在視力保健方面的責任，以及如何篩選和判斷接收到的保健知識，甚至有沒有其他的建議或處理方式。這份研究的目的是讓學界和政府知道各位家長的努力與關切，希望視力問題能得到更多的關注。

訪談時間約 40-90 分鐘。如果各位願意，那麼為了完整記錄這次訪談的內容，這次訪談希望可以錄音存檔。如果您願意錄音，但還是有部分內容不希望錄音，也請在訪談過程中隨時提出，我會立刻中斷錄音。同樣地，如果有不希望受論文

引用的部分，也請直接提出。即使接受錄音和引用，我也會匿名處理錄音內容以及文中引用的訪談資訊，這份論文計畫不會顯示您的個人資料。這些資料會由研究者妥善保管，沒有經過您的同意，絕不會向外透露。所有訪談內容，都僅供學術研究上的分析使用。



如果您在訪談後有任何問題或疑慮，可以透過電話（0912-819-750）或電子郵件（r03325008@ntu.edu.tw）與我聯絡。對我來說，您的參與是非常大的幫助。閱讀了上述的說明以後，如果您願意接受我的訪問，麻煩您在此簽名，非常感謝您的合作。

台灣大學社會學研究所

戴定皇

參加者簽名：

研究者簽名：



附錄二：家長用訪談大綱

生活習慣：

1. 請問小朋友的生活作息如何？比如，每周周間放學後會做些什麼事？周末或寒暑假，家裡又會有什麼活動？
2. 請問小朋友通常是誰在照顧？在健康問題上，主要是誰來決定和判斷呢？主要的資訊來源是什麼呢？會和哪些人討論這種話題呢？
3. 能否請您談談是什麼時候、在什麼情況下開始注意或擔心小朋友的視力？哪個階段最讓你擔心或印象最深呢？

保健活動：

4. 開始注意小朋友的視力以後，您和其他家人有多採取過什麼行動嗎（例如查資料、看醫生、配眼鏡、改變生活習慣、買護眼相關的產品或食品等等）？為什麼會這麼決定呢？
5. 在小朋友成長的不同階段，上述活動有什麼樣的更動或調整呢？為什麼會這麼決定呢？贊同某些項目的理由是什麼？不喜歡其中某些選項的理由呢？
6. 小朋友的反應分別是怎麼樣？您用什麼方式來說服或要求小朋友接受呢？有嚴格執行，還是會有所通融？您怎麼看小朋友的反應呢？
7. 學校會在小學推行「望遠凝視」這種眼睛體操，請問您怎麼看這項活動呢？除了常見的幾種之外，可以分享特別的處理方式嗎？

近視原因：

8. 您認為哪些活動可能會帶來視力惡化呢？什麼活動有益眼睛健康呢？
9. 您自己或其他家人有視力相關的困擾嗎？以前聽過和現在常聽到的近視原因有什麼不同呢？以前和現在常見的保健方式，又有什麼出入呢？從您的觀點，這些變化意味著進步嗎？

一般看法：

10. 整體來說，覺得現在大家的用眼習慣如何呢？包括照明、時間、距離、姿勢等等層面。和以前又有什麼不同呢？
11. 小朋友視力問題，您覺得會造成什麼困擾嗎？親戚朋友對小朋友視力問題的態度又是什麼？小朋友有提過班上其他同學的狀況嗎？
12. 反過來說，如果小朋友沒有視力問題，您會有什麼樣的感覺？





附錄三：背景資料問卷

您好，再次誠摯地感謝您願意接受我的訪問，分享您的經驗以及感受。這是一份關於您的背景資料的問卷，為了研究需要，在進行訪問前，煩請您先填寫這份問卷。問卷內容將會在研究中匿名處理，不會洩漏您的隱私與個人身分。如果對於題目有任何問題，請隨時詢問我。再次感謝您！

國立台灣大學社會學研究所碩士生 戴定皇

1. 請問您和小朋友的年齡分別是？_____ 歲
2. 請問小朋友就讀過的幼稚園和學校是？_____
3. 請問小朋友目前的度數是？_____
4. 請問您的學歷？國中及以下 高中職 專科 大學 碩士 博士
5. 請問您父親的學歷？
國中及以下 高中職 專科 大學 碩士 博士
6. 請問您母親的學歷？
國中及以下 高中職 專科 大學 碩士 博士
7. 請問您原生家庭的月收入大概多少？
20,000 元以下 20,000-40,000 元 40,000-60,000 元 60,000-

80,000 元 80,000-100,000 元 100,000-150,000 元 150,000 元以上

雙親的職業又是什麼？_____和_____



8. 請問您現在個人的月收入大概是多少？

20,000 元以下 20,000-40,000 元 40,000-60,000 元 60,000-

80,000 元 80,000-100,000 元 100,000-150,000 元 150,000 元以上

目前的工作是_____

9. 請問您是否有宗教信仰？ 無 有：_____