

定位差異：以糖尿病衛教佈署為例

林文源*

國立清華大學通識教育中心

要如何思考醫療擴張中的實作差異？定位這些實作差異的認識方式有何重要性？社會學參與其中，能學習到什麼並發揮什麼作用？本文以糖尿病衛教探索這些問題。台灣拓展糖尿病照護體制已逾二十年，在整體政策推動下，實作面卻有相當落差。本文汲取諸多探討差異的洞見：多元衛教經驗研究、醫療化與生命權力理論的差異轉向，與互動論及科技與社會研究的實作取徑，並由以實作體制分析描繪糖尿病衛教實作的啟蒙、成效、教練、團隊與健康佈署模式。本文分析其各自關注點、機制與效果，並釐清認識在地差異的認識佈署對促成不同佈署的意涵。藉此，本文指出體制分析與認識佈署概念如何定位各種差異，包括臨床認識實務、衛教文獻的脈絡化觀點，以及社會學研究的理論化前景與理論取徑。

關鍵詞：糖尿病、衛教、醫療化、醫療治理、實作體制分析、認識佈署

台灣社會學第36期（2018年12月），頁47-110。DOI: 10.6676/TS.201812_(36).03

收稿：2017年11月15日；接受：2018年12月4日。

* 通訊地址：300 新竹市光復路二段 101 號國立清華大學通識教育中心教育館 308 室；
Email：wylin1@mx.nthu.edu.tw。

Situating Differences: The Case of Health Education Deployments for Diabetes

Wen-yuan Lin

Center for General Education, National Tsing Hua University

How should researchers think about the differences in practices of medical expansion? What is the importance of the knowing practices for situating these differences? Being part of the practices, what can sociology learn and what difference can sociology make in these practices? This paper explores such issues in the case of diabetes health education. In Taiwan, while the nationwide Diabetes Shared Care Network was launched more than 20 years ago, its local performances and practices vary. Drawing on insights into differences from health education studies; the “turn to differences” in medicalization and bio-power theories; and interactionism and Science, Technology, and Society (STS), this paper uses regime of practice analysis to specify the deployments of enlightenment, efficacy, coaching, team, and health-oriented modes of health education. It particularly highlights the epistemic deployment for analyzing matters of concern, apparatuses, and effects of the deployments. This paper concludes by elaborating how the concept of epistemic deployment and regime of practice analysis help to specify the differences in messy clinical work, the contexts of health education, and the agenda for social theory.

Keywords: Diabetes, health education, medicalization, bio-power, analysis of regime of practice, epistemic deployment

在地本體論批判不是只是關於導入STS或其他知識與技術，而是用這些知識與技術進行嘗試。

讓我們務實地一同試驗、體驗與微調。這並不簡單。共同行醫（share the doctoring）要求相連結的每一份子嚴肅看待其他人的貢獻，……並投入創造性、仔細的試驗。他們必須因人而異地微調改變，並關照每個人的強項與弱點。他們不惜代價進行改變，甚至包括他們自身。共同行醫要求我們不將任何事物視為理所當然或被給定，而是尋找可以做什麼或改善我們與疾病共存的方式。

Annemarie Mol (2008: 55-56)

一、糖尿病防治拓展

如何思考醫療擴張中的實作差異呢？定位這些差異的認識方式有何重要性呢？社會學參與其中，能學習到什麼並發揮什麼作用呢？本文以糖尿病衛教案例探討這些議題。國際糖尿病聯盟統計，全球有近4億2千萬病患，相當於每11名成人中約有一位（IDF 2015）。在台灣，從2000年到2009年總糖尿病人口數增加70%，達120萬人，成年人口的盛行率為6.38%，相當於每15人就有1人，且糖尿病蔓延趨勢仍加速擴散中（Jiang et al. 2012）。

糖尿病防治牽涉政策、跨專業與組織整合以及社會動員，因此成為當代全球醫療擴張主力之一，台灣也不例外。早從1970年代起傳染病獲得控制後，台灣陸續展開慢性病防治計畫。其中，會引起截肢、失明、腎衰竭等嚴重共病的糖尿病，一開始就是重點，目前已發展為最全面的慢性病防治體系，而衛教是其中關鍵。1982年省衛生處首次指定台南醫院為高血壓與糖尿病的病人教育實驗醫院（民生報1984）。1986年起衛生署保健處在各地設置基層醫療人員糖尿病訓練班、地區醫院糖尿病講習班，推廣糖尿病照護訓練。1990年起台大等

大型醫院陸續設置糖尿病中心，1993 年再改為糖尿病人保健推廣中心，並在中小型院所加設糖尿病教室與門診進行衛教。1996 年衛生署於宜蘭縣試辦「糖尿病患共同照護網」，整合地區資源與跨專科團隊進行認證與照護，迄 2003 年全國縣市均已建立（江怡德 2010）。同時，因應照護網推動，1996 年本地也成立第一個專科衛教學會：糖尿病衛教學會，積極舉辦衛教訓練與認證。2001 年起衛生署更推動全國性給付政策與照護網，2004 年起國民健康局署建立各地病患網絡，糖尿病醫學會也在 2010 年與 2012 年兩度全國性巡迴推廣臨床照護指引（財團法人糖尿病關懷基金會 2017: 32-33）。

根據統計報告，防治推動已有相當成果，但各地狀況有相當落差，不但院所成效落差更大，¹ 本研究田野也顯示各種實作差異。本文聚焦於此，先以衛教案例探討如何定位醫療實作的差異，並由定位差異的認識實作，對社會學與理論研究發展三重提問：首先，目前豐富衛教經驗研究已指出各種差異，除了將差異視為結果，是否可能有不同方式定位差異？對社會學而言，要呼應衛教界對社會學的召喚（Hassali and Saleem 2014），社會學對衛教實作能提供什麼幫助？例如，由這些差異進行思考，是否有機會對防治計畫，提供不同可能性？

其次，實作差異能帶給醫療社會學何種思考機會？除了豐富經驗多樣性，如何在理論中定位差異的意涵？例如，關注醫療擴張的醫療化與治理取徑，已更為重視差異，而以實作為焦點的研究也提出重視在地脈絡的方向。在這些方向下，如何推進研究對話？

最後，正視差異的社會學如何與實務對話？社會學取徑的探索與第一線的衛教實作、醫務管理、醫療行政或衛生政策的各種知識取徑

1 2016 年報告顯示，糖尿病健康促進機構共收案 292,983 個案，改善血糖者達 43.6%、血壓 51.2%、膽固醇 41.0%（衛生福利部國民健康署 2016: 78-79）。但醫療品質資訊公開資料顯示，2015 年整體照護率最高者為宜蘭縣 71.32%，最低者為金門縣 16.9%。院所差異，醫學中心 20 所，收案率最高為 78.67%，最低為 8.92%，1 家為 0；區域醫院 80 所，最高為 92.69%，有 3 家為 0。地區醫院 318 所，6 家照護率 100%，172 家為 0。診所 5859 所，126 家照護率 100%，5355 家為 0（衛生福利部中央健保署 2017）。

的關係為何？定位差異的社會學知識如何參與這些不同知識介入的實作差異呢？

以下，本文以實作體制分析將衛教實作視為佈署（deployment），並特別著重其中的理論／知識作為認識佈署（epistemic deployment），釐清定位在地差異的臨床認識實務、定位衛教文獻的脈絡化觀點，以及協助研究者定位理論差異的體制分析等認識實作，以探索定位差異在實務、理論與跨領域合作的可能性。

二、衛教與差異

衛教研究十分關注差異。² 首先是批判取徑反思差異。強調社會結構的取徑，以包括結構、消費與治理等角度的社會政治觀點批判將健康歸因於個人風險行為與生物醫療的模型（Nettleton and Bunton 1995）；女性主義基本認同女性的健康弱勢，但對由威權到協商、個人到集體的不同健康促進方式有不同評價（Daykin and Naidoo 1995）；從族群歧視角度檢視，則指出以文化差異處理健康促進議題，隱藏制度與結構上的族群歧視，需要納入少數族群的參與，以免忽視根源、複製結構不平等而譴責被害人（Douglas 1995）。

其次，研究也指出影響衛教的各層面因素如何造成差異，除了宏觀因素，如政治經濟（Baum and Fisher 2014; Lantz et al. 2007; Navarro 2002; Williams and Sternthal 2010）、醫療行政網絡與政策資源（Djellouli and Quevedo-Gómez 2015; Philbin et al. 2018; Wright and Perry 2010）、醫療專業技術、法規與管理的推展或盡責度之外（Robinson 2016; Smith et al. 1999），還有教育程度、族群與文化背景、醫護專業教育、對醫療體制的信心、性別差異、社會差異與轉型、常民知識及生活脈絡等（Lawton 2003; Backett 1992; Lawton et al. 2007; Mikko 2017; Wight 1999; Ahmad and Bradby 2007; Bush et al. 1998;

2 衛教與健康促進密切相關，且後者實作上經常包含前者，以下討論包含此兩類。

Ward et al. 2015; Bloor 2011; Delaruelle et al. 2015; Borovoy and Roberto 2015; Christopher 1994; Metzl et al. 2018)。

最後，深入探討實作過程也呈現豐富差異，包括實作中衛教者的介入 (Kinnell 2001; Weitz 1981)、牽涉的道德、污名、認同等隱性訊息 (Lauritzen and Sachs 2001; Rutledge et al. 2009; Sams 2017)、醫病之間的互動與協商 (Weijts et al. 1993; Béhague et al. 2008)、正視非預期的參與者 (包括非人的技術) 投入對傳統衛教意義的非預期、另類影響 (Skelton 1998; Westhave 2011; Moore 1997)、常民理解與信念 (Crawford et al. 2010; Norris et al. 2010) 與多元醫療的影響等 (Prior et al. 2000; Sered and Agigian 2008; Tanner et al. 2011)。

深入其中實作，如 Timothy Milewa 等人 (2000) 建議，要理解衛教影響與差異，不能只單看衛教本身，必須看其脈絡機制，才有助於剖析問題 (Reddy et al. 1998)。首先，在推動者面向，研究指出相較於醫護人員執行，以肯亞學童、威爾斯與英格蘭青少年同儕、英國伯明罕性工作者 (自述) 分別在兒童健康、戒煙與性健康推動的案例，發現能達到更廣泛且深入的效果 (Onyango-Ouma et al. 2005; Audrey et al. 2006; Sanders 2006)。而在使用者參與上，除了上述眾多健康資本與治療網絡因素外 (Williams 1995; Krause 2008)，研究亦提醒衛教形式與參與者偏好之間的符應越高，越有助於參與者積極參與 (Janevic et al. 2003)。此外，亦有研究重視移民間的多元差異交織性 (intersectionality) 並以其中浮現的超級差異性 (superdiversity) 架構，跨國比較瑞典、德國、英國與西班牙當地人與移民之間不同的醫療資訊、選擇、決定的醫療照護導航 (healthcare navigation) 路徑，並指出官方界定的法律地位、文化能力、個人認同與環境都會造成影響。因此，目前只片斷地與這些面向連結的醫療體系需要更加開放 (Gill et al. 2014)。

其次，考量衛教接受者的特質，如何針對不同對象所需、跨越認知差距達成更有效溝通一直是核心議題 (Ludolph and Schulz 2015)。在南非對移民女性的乳癌篩檢推動經驗指出，若納入伊朗社會文化考

量，以烏爾都語設計的書面衛教教材，對於該族裔移民有顯著效果（Ahmad et al. 2005）。在芝加哥針對回教信仰的群體，由跨領域專家合作，由重新框架、重排優先序、重塑等方式，發展以信仰為基礎的乳房攝影檢查衛教，結果顯示雖然有其幫助，但也形成倫理上的挑戰（Padela et al. 2018）。

而量身訂做訊息也牽涉到這些群體所處的不同生命境遇、脈絡與機會。在結合對象群體特質與脈絡的推動與協助上，針對中國雲南鄉間的婦女生產健康與發展計畫的經驗顯示，婦女健康與利用健康服務的方式緊密交織於其勞動角色、艱困環境與貧苦狀況，因此發展衛教工作必須以其社群為基礎，整合衛生以外部門的合作，才能真正發揮效果（Wong et al. 1995）。對美國紐約與阿肯薩斯的多國拉丁裔移民研究指出，女性對社群為基礎的宗教組織、醫學知識、醫療組織的觀點受到原生國與當前所在地因素的影響，若要發展性相關健康推動議題，必須考量這些社會文化因素（Erwin et al. 2010）。而澳洲國家腹腔癌症篩檢計畫針對希臘、伊朗、英裔白人、原住民背景的比較顯示，除了需要更多元的衛教語言的資訊外，伊朗、英裔白人因為與醫師的關係，及對政府的肯定而產生的信賴感與責任感，較感到有義務參加篩檢，而因受壓迫經驗而不信任政府的原住民則相反（Ward et al. 2015）。

最後，研究也提示釐清實作邏輯的重要性。以深層結構因素對衛教邏輯的根本批判、發展以宗教、文化為基礎的衛教，或是整合個人、組織、社群與政策的生態取徑都蘊含必須釐清實作的邏輯（McLeroy et al. 1988）。也有以不同認知邏輯為基礎的討論，例如相較於一般偏重認知或動機，Wolfgang A. Markham 與 Paul Aveyard（2003）根據亞里斯多德學派的人類功能理論，認為健康是人類功能的根源之一，因此倡議以強調實作理解及依附於他人的核心能力為主，發展健康促進學校更能推動學童的衛生教育。

在實際落實過程，衛教本身與社會邏輯的交織也耐人尋味。對菲律賓賓母親的育兒營養衛教經驗顯示，除了知識本身，若融入同儕的互

動以及不同程度的友誼，社會互動邏輯會影響母親發展解決方式的成效（Ticao and Aboud 1998）。而在威爾斯推動簡化醫療複雜性的心臟疾病衛教時，常民認識文化對衛教推動產生非預期的弔詭。亦即，當心臟疾病發作於非衛教指認的高風險族群時，民眾會以幸運、命運或天註定來理解有無衛教或行為改變都無差異，而形成預防的弔詭（prevention paradox）（Davison et al. 1991）。

在衛教的規劃與實作之間，台灣牡丹鄉檳榔篩檢衛教案例指出，面對政策的統一績效壓力，衛教人員除了發展策略努力達成，但亦會取巧放棄較難說服的民眾受檢。地區衛生所主管則陷入期望達成業績與違背健康促進本意的兩難。此外，政策與評估的冗雜制度邏輯，也剝奪實作者深入理解嚼食檳榔的生活與文化經驗以改良衛教的機會（盧敬文 2016）。Michael Kelly 與 Bruce Charlton（1995）則分析 WHO 的 Health for All 計畫，指出這個健康促進方案在理念上雖以整體與主觀面的健康概念出發，試圖超越生物醫療模型，但在其認識論與衛教實作上，仍限於現有醫療專業的技術考量與科學理性。

三、醫療擴張中的差異

如何在現有理論取徑中定位這些實作差異呢？以下先介紹醫療化與生命治理取徑的理論轉向，再定位本文的體制分析。

（一）醫療擴張中的差異

推動糖尿病防治呼應著醫療化與治理取徑對醫療擴張的批判（林文源 2015）。近年這些理論也轉向關注差異。Nikolas Rose（2007: 5）面對當前科學、媒體、文化與醫療的錯綜複雜形構時，一方面細分新的分子化、效益化、主體化、肉身專業與活力經濟的突變中，浮現生命資本、生命倫理、生物社會性、生物公民權等途徑，以聚焦這些如何匯集為當前的分子生命政治，另一方面，在系譜學以過去撰寫「當前的歷史」（history of the present）之外，Rose 提出描繪多路徑未來

的「當代的地圖學」(cartography of the present)。在此，重點是多重差異與可能性，他說：

這種地圖學不試圖指出其因緣際會，將當前去穩定化，而是藉由承認其開放性，將未來去穩定化。……這展示一些未被嘗試，可能帶往不同潛在未來的路徑。我們必須認清我們並不站在單一歷史開展中的某種前所未有時刻，而是處於多重歷史之間。

而 Adele E. Clarke 等人 (2010) 的新一波醫療化討論也強調差異。有鑑於新時代醫療、科技與社會體制形構的變化，她們提出與 1960 年代的醫療化不同，1980 年代美國因為私有化的醫療科技服務複合體、風險與監控醫療、科技化醫療、資訊與知識生產與分佈轉變造成新的「生物醫療化」機制與影響。據此，她們更提醒後續應研究生物醫療作為全球叢集 (global assemblages)，如何實現為各種在地健康地景 (local healthscapes) 樣貌與實作差異 (Clarke et al. 2010: 403)。以全球為尺度，Clarke 等人提議：

我們無法直接將〔美國的〕醫療興起、醫療化，與生物醫療化簡單翻譯為 (translation into) 對其他地理政治區位的狀況的理解。當要思考美國之外的案例時，有幾種複雜狀況立即浮現。這些即使在美國，也有多重形構與階層化……(1) 哪種醫療；(2) 殖民主義、後殖民主義與各種醫療；(3) 缺乏「直接翻譯」醫療興起、醫療化，與生物醫療化的意涵；(4) (生物) 醫療化與公共衛生間經常模糊不清的疆界；和 (5) (生物) 醫療化與現代性的連結。(Clarke et al. 2010: 381)

目前已有不少經驗案例支持這個轉向。Kristin K. Barker 與 Cirila

Estela Vasquez Guzman (2015) 由 Rose 的生物政治公民權 (biopolitical citizenship) 出發，進一步比較英語與針對西班牙裔的西班牙語藥品廣告，如何更積極地對較不信任與使用生物醫療的西班牙裔群體，形塑正面的醫療使用與正當化論述。這顯示即使在看似高度醫療化的美國社會，也不能一概而論。June S. Lowenberg 與 Fred Davis (1994) 的新興整體醫療運動案例，認為兩極化的醫療化或去醫療化辯論雖都部分與之相關，但無論在歸因、病因範疇、醫病地位差異及專業化，都未能掌握新興醫療發展趨勢與變化，應該要有更審慎的思考。而 William Ray Arney 與 Bernard J. Bergen (1983) 則以二十世紀中興起的慢性病治理指出當代慢性病醫療凝視呈現弔詭的發展：一方面是更為全面化、整合且對各種細微面向快速反應而深入社會身體，但另一方面也將照護與關懷納入治療與醫療評估，使醫療呈現更為「人性化」、「解放」與更為符合社會需求。

(二) 實作取徑

一方面是如何由各種衛教案例與實作中，重新建立不同脈絡關連；另一方面，原本強調整體趨勢的醫療化與治理理論，逐漸正視不同脈絡的差異。這些文獻都凸顯需要更深入實作脈絡。

在眾多專注探索實作差異的研究取徑中，本文以互動論及科技與社會研究 (Science, technology and society studies, STS) 的洞見作為指引。互動論研究有重視實作差異的傳統 (Strauss 1993)，Stefan Timmermans 是繼承此傳統的重要代表之一。在批判醫療與正視差異的落差間，Timmermans 與 Almeling (2009) 結合 STS 的實作洞見，指出常見的醫療客體化、標準化與商品化等批判名目不應只被視為實作目的或結果，而必須看在不同脈絡如何產生作用。以建構與應用標準的實作為例，Timmermans 與 Steven Epstein (2010) 呼籲，我們的世界充滿標準，卻不是一個標準的世界。社會學應當關注標準化的多重路徑與變化，因為：

標準因其無所不在而具有其獨特性，但正是因這顯而易見的特質，社會學者必須批判地探詢。……當檢視某標準在新的、不同領域浮現時，社會學者需要質問社會生活如何被這些特定的標準所組織，以及這是否有可能以其他方式完成。
(Timmermans and Epstein 2010: 85)

如此，Timmermans 與 Almeling (2009: 28) 倡議描述性取徑，說：

面對經常變換地推動健康的趨力，意味著以不同方式研究客體化、標準化與商品化的方案。朝向更為描述地研究這三種過程的取徑是立基於意識到既不能預設行動者亦不能預設後果，而是必須經驗性地立基於其意圖、衝突與非意圖後果之中。我們需要更為細緻地檢驗在各種客體化、商品化與標準化名目下的行動差異。

在描述取徑中，強調實作、脈絡與因緣際會的 STS，對定位具體脈絡與差異有進一步建議。其中特別重視實作歷程者，如行動者網絡理論 (ANT) 研究者 John Law (2017: 48) 甚至直接以此定義 STS：

STS 的首要急迫任務是正視差異，其次則是發展各種具體方式以與差異——各種多重存在——和諧共存。這沒有單一解決方案。如何與差異一起和諧共存必然是受到競逐的。

在這種務實地正視差異，以探索具體脈絡中的有限可能性精神下，STS 不認為醫療現實為單一、整體安排，而是轉向釐清各種實作安排如何形成看似同質、穩定的現實，甚至是疾病的本質 (Berg and Mol 1998)。例如，Annemarie Mol (2002) 對醫療實作差異的系列研究有重要啟發。她的經典實作誌 (praxiography) 研究以動脈硬化症為

例，指出醫療—社會現實是多重區域的實作與連結所中介，由問診、病理實驗室、都卜勒檢查、手術切片等情境的特定關注點促成各種動脈硬化事實。而所謂動脈硬化則在這些事實間的部分連結、協調、衝突中，再連結為擬似單一的醫療—社會現實（Mol 1999）。此觀點中，衛教實作的各種協作可能從屬於不同邏輯，造成不同結果。

Mol（2008: 8）以糖尿病照護實作指出要促成不同醫療現實，必須深入具體照護實作，分離出隱微地鑲嵌於實作、建築、習慣與機器中的不同邏輯。Mol 扼要區分現有醫療實務論述與政策中，無所不在地充滿希望為病患賦權的市場模型，以及強調病患公民權力的公民模型，都蘊含著選擇邏輯（logic of choice）。相較於此，她提議深入在地實作與微調，凸顯共同參與實作的照護邏輯（logic of care）。相較於各種選擇邏輯由較為一致的立場、權力基礎，進行賦權與批判，照護邏輯強調跟隨實作，在醫療選擇、管理、分類與規範的微調中，尋找關照在地、多元、持續變化的探索模式。Vicky Singleton（2005）探討英國新公共衛生政策中落實心肺復甦衛教的案例，呼應此觀點但也凸顯脈絡差異。她指出，儘管專家的政策論述存在許多理念落差（如 WHO 整體觀與生物醫療的落差），卻未在論述上造成問題，而是創造許多重新界定此政策目標與分類邊界（如專業與常民）的流動性。然而，在地實作卻顯示居民在弭平這些不一致時，反而重新鞏固既有邊界與區分。由此，專業與常民的實作邏輯也不如一般想像，前者也可能多元彈性，而後者也可能朝向單一。

（三）佈署取徑

彙整上述討論：首先，如本文開頭的引用，衛教經驗研究證實，沒有什麼可以被視為理所當然。而 Timmermans 與 Mol 提醒研究者需要不斷深入探索在地，以摸索各地實作者如何經由醫療、與醫療，以及在醫療中創造共存方式。這些對理解本地差異有相當啟發，但如 Clarke 提醒，我們不應直接翻譯異地發現做為理解本地的範本。因此，我們必須探索如何更為恰當地闡述本地案例的問題性、實作與理

解架構。

其次，儘管有極為不同旨趣，這些取徑都隱約彰顯關注差異時的脈絡張力與反省。因此，當我們由實作面看到因緣際會時，仍須保留其脈絡化體制的重要性。亦即，實作都是在各地體制脈絡實現，而各地體制也是在不同實作脈絡構成。因此，問題不是選擇聚焦醫療擴張趨勢或實作差異，而是如何既瞭解體制趨勢也同時掌握差異。

因此，最後，在上述兩點基礎上，探索醫療擴張實作的研究，需要同時考量在地實作與體制脈絡。若考量呼應實務需求，如同 Timmermans 的互動論或 Mol 的實作誌凸顯的，現實並非普遍一致，而是在各自體制脈絡實現其問題性與形構方式。因此，要定位差異，必須更進一步思考如何更為具體地呈現脈絡異同，才更有助於增進在地理解與實務幫助。³

為此，本文跟隨 Foucault 的體制分析（regime analysis）與 STS 的洞見，並呼應互動論的描述取徑，以實作體制分析描繪中的實作與佈署（deployment）定位差異（林文源 2014）。佈署，指的是穩定化、能造成具體效果的實作安排。幾乎任何事物都可能是某種佈署，問題在於指認其機制與影響（Agamben 2009: 14）。Foucault 強調實作如何形成佈署，原意是關注不同因緣際會的生命歷史（bio-history），如何競逐體制化本質或認識形構（episteme）。但實際操作上，其系譜學與考古學彰顯知識與權力體制如何治理，忽略多元生命歷史。Foucault（1980: 194；斜體為原文）界定佈署概念時，說：

首先，一種包含論述、制度、建築、形式、規範決策、法律、管理、手段、科學陳述，以及哲學、道德和慈善命題等，徹底異質的聚合體。簡而言之，言說與非言說之物，這些是佈

3 儘管有研究者認為 Latour 的 ANT 取徑，與 Clark 的廣義互動論及社會世界取徑陣營因各自強調非人行動者與人類焦點，甚至不相容（Garrety 1997）。然而，非人行動者只是 ANT 的洞見之一，並不排斥探究人類行動，因此，這種差異也只是特定分析的脈絡所強調，兩者根本立場並無差異。事實上，Clarke 在建立社會世界理論的著作中，強調汲取 Foucault、ANT 的物質性觀點（Clarke 2005: 37-81）。

署的元素。佈署是一種由這些元素的各種關係構成的系統。其次，我用佈署指涉存在這些異質元素連結中的本質。……在這些論述或非論述的元素間，存在一種變異程度很大的位置轉變與功能調整的互動過程。第三，……是一種形構……有其主要功能，以因應特定歷史時刻的急迫需求的形構。因此，佈署有其主要策略性功能。

據此，佈署是因應急迫需求，由異質元素形成關係性連結，以發揮策略性功能的聚合體。Foucault（1980: 196；斜體為原文）也說：

佈署萌生有兩個重要時刻，第一是策略目標的廣泛影響，其次，只要作為兩種過程的基地，佈署本身就能構成與能夠持續存在……。一方面，是功能過度決定（*functional overdetermination*）過程。因為每個——無論正負面、是否有意圖——效果彼此間的共鳴或衝突，因此不同點所浮現的異質元素必須調整或重構。另一方面，是策略應變開展（*strategic elaboration*）的永恆過程⁴……。

如此，以實作過程定位需求、策略、系統與功能等概念（Rogers 2013: 30-35），體制分析避免預設整體治理或是單一意圖，而是因應在地效果不斷變化的調整。Mol 更為簡潔地詮釋是：

如果現實〔被預設的本體存在，如結構〕不先於實作而存在，而是實作中的一部分，現實本身便不能成為評估實作的標準……無論如何實用地看，會將某種「東西」（某種疾病、病患）轉為活生生的現實（*lived reality*）並因此取消另一種現實。這是我的哲學故事：本體論（*ontology*）並非在

4 例如監禁罪犯卻非預期生產出偏差者，進而由此發展策略（Foucault 1980: 195-196）。

事物的秩序中被給定，而是在日常、每日的社會物質實作中，各本體論（*ontologies*）被產生、維持，或放棄而萎縮。
（Mol 2002: 6；斜體、引號為原文）

在此脈絡下，實作體制分析強調在地現實與事物的存在是由各種實作形成的相對穩定的在地佈署所促成（*enact*），藉由描繪醫療知識、互動、制度、儀器、圖像、檢驗等異質實作如何交織佈署，形成各種醫療—社會（*medico-social*）現實（林文源 2014）。具體分析上，此分析不是由整體的結構、權力機制、認識形構或是標準化出發，而是由在地實作為基礎，關注所穩定、微調甚至轉變的佈署乃至體制。這符合整體政策與標準化指引下仍存在實作差異的現象。

如何進行這種分析呢？如同 Foucault 的策略應變、Latour 強調實作中的關注點，兩者都關注實作中的差異與變化。Latour（2008b: 19）認為「當我們由社會內部檢視社會，它是由差異與事件所組成，且它的所有結構特質都是對這些連結的暫時擴大與簡化。」Latour（2004）指出因為所有客觀事物都是被創生物，因此事實（*matter of fact*）是因關注點（*matter of concern*）的連結，經異質實作的物質化（*matteing*）而穩固，最後才成為理所當然（*matter of course*）的存在。Latour（2004: 246）更提示：「給我一個關注點，我將為你展示整個天地需要如何被聚集，以讓其穩定不移。」具體建議則是剖析這種關注點的聚集（*gathering*），就像除了看著舞台的戲劇表演時，更要移開目光，注意到支持表演的各種機關（Latour 2008a: 39）。相較於預先設定視野與價值，這種改由實作關注點出發的探索與批判有不同風格。例如，不預先設限，以藉由多種方法，順著事件之流（*kayaking*）實際跟隨事物如何具體聚集而成形（Latour 2008b）。

其中，因關注點而匯聚的聚集，亦即構成事物存在的佈署基礎，對 Latour（2004: 246）來說，是因應不同脈絡的異質元素連結所構成、「存在於一個東西內的某物、某議題。其參與者、內含物，包涵人與非人，並未被預先限定，也是十分堅韌的場域。」如此，在不同

脈絡下，如上述衛教研究指出，可能是文化、語言、性別、工具或程序差異，在當下成為特定實作的考量。因此，納入此洞見並動態地考量體制化與實作競逐後，可理解：策略與需求源自關注、功能是機制作用的表現，而系統則是競逐後穩定的效果。以上述彙整經驗研究的脈絡來說，亦即釐清不同實作中的機制。因此，以下分析強調有限範疇的在地實作中，由何種關注點的邏輯，形成機制而構成或轉變佈署，以發揮作用。

更進一步，由佈署觀點中的關注點為基礎，必須重視其中的知識／認識實作，就如同 Foucault 強調認識形構與真理體制，而 Latour 追溯行動中的科學一般，知識在其中有重要地位。尤其在衛教這種涉及專業規劃與病患認知，而且需要釐清其實作結果的實作中，知識面也是佈署機制的核心。這些實作中的知識，源自辨識與促成差異的認識佈署。面對所謂的真理、結構或本質宣稱，套用 Latour 的著名說法，不應該套用既成知識（already made knowledge）以預設特定面向作解釋，而是以轉變社會學（sociology of translation）追溯行動中的認識（knowing in action）（Callon 1986）。Latour 說：

行動者有許多哲學〔關於現實作用力的解釋〕，但社會學家認為他們應該只堅守其中的一些〔例如醫療化〕。行動者為這世界提供了多種作用力，而社會的社會學家告訴他們世界「其實」是由哪些構成元素所組成的（Latour 2005: 52；引號為原文）。

因此，要理解衛教的不同實作與邏輯，都必須將其中牽涉的認識佈署納入分析。這也是本文特別強調並用以釐清不同衛教實作與認識方式，以及對社會學的啟發。

循此，在看似理所當然的單一糖尿病與衛教政策與指引中，本文進入實作，釐清關注各種差異的衛教如何促成不同關注點，聚集為在地機制，以微調效果而形成不同佈署。為釐清其中細緻差異，本文提

問：實作佈署的關注點為何？作用機制為何？其效果為何？最後，本文藉由釐清其中牽涉的：定位在地差異的臨床認識實務、定位衛教研究的脈絡化觀點，以及協助研究者定位理論差異的體制分析等認識佈署，以思考醫療社會學對在地實作與理論化的實務、理論與跨領域對話意涵。

四、研究方法與資料

本文資料來自：（一）1980 至 2017 年本地慢性病醫療的報導、研究及政策文獻；（二）2007 年起迄今，本研究立意抽樣訪查全台較具代表性的 50 餘個各層級院所、相關組織與活動，正式與非正式訪談醫師、衛教師、病友會、學會及各種組織幹部、中央與地方政策參與者，並蒐集衛教相關資料；（三）衛教觀察與追蹤訪談：研究團隊兩階段觀察與訪談 AS 院之衛教師與病患。第一階段於 2011 年 2 月至 5 月，A 計畫於門診衛教區域，臨床衛教觀察 97 人次，並長期追蹤訪談 9 位病患迄 2013 年中。第二階段於 2014 年 4 月起迄 2016 年 7 月底追蹤 61 人，臨床觀察 262 人次，訪談 333 人次。兩階段共訪談衛教師 18 位，30 人次。病患多有多種共病。引用時稱謂簡化如下：病患姓氏（伍）、衛教師（衛）。

田野顯示，衛教實作牽涉很廣，除了以院所為主的專業知識導向，還有多元醫療、宗教與商業作用、病患交流、理解與落實，甚至是制度整合等面向（林文源 2017），限於篇幅，本文僅討論醫療專業推動的衛教治理中的實作，亦即是在國家與專業主義下院所實作所定位的差異。此外，本文旨在以理念型意義定位差異與其理論意涵，不在普查。各種類型的分佈與數量不一，其中，啓蒙、成效佈署幾乎所有院所都有。少數較具規模者建置教練佈署，團隊與健康佈署則更少。本文會介紹罕見案例之緣由，但並非本文重點。

五、衛教實作

以下以實作體制分析描繪啓蒙、成效、教練、團隊與健康等衛教佈署模式，尤其強調在認識佈署中的實作差異與可能性。

（一）啓蒙

首先，許多衛教關注建立無知病患的正確醫療認知，因此稱之為啓蒙。相關研究指出衛教的根本是知識，病患必須先有正確藥物、飲食等知識才有機會改變（杜幸芳等 1998）。因此，透過衛教增加病患對疾病的理解與自我照護知識，能夠為病患賦能（empower）（林冠品 2004），達成修正病患行為的目的（黃瀞儀等 1998；鍾遠芳、林宏達 2000）。

這種關注改變認知的機制最早發展，也最普遍。台灣省保健處早在 1981 年出版「慢性病防治」函授教育訓練、1984 年出版《糖尿病個案管理手冊》提供實務使用（陳瑞菊、洪美玫 1997；黃明珠 1993）。糖尿病學會成立後也訂定核心教材，據此建立衛教師資格考試。而各院所也據此印製衛教單張（圖 1）。如多數受訪者認為「醫療具有普遍性」，因此，這些衛教知識多數來自國外現有指引與架構，經由本地學會稍加修訂而成。其差異主要展現在臨床互動時因應本地社會文化的調整。但這種調整，常被視為臨床技巧，並不被認為是核心。

糖尿病飲食進階篇



目的

糖尿病飲食重要的是定時定量，特別是醣類食物(五穀根莖類、水果類、奶類)，尤其五穀根莖類食物種類繁多，不小心容易吃得太多。本篇教大家認識醣類食物以及簡易的份量代換，藉此提供更多飲食選擇與樂趣。



認識醣類食物

五穀根莖類(主食類)

五穀根莖類食物含有碳水化合物，經消化吸收會轉變成葡萄糖，使血糖增加。

1. 五穀類：米、小麥、燕麥、玉米、小米等製作的食品。
2. 根莖類：地瓜、芋頭、馬鈴薯、山藥、蓮藕、芋萰等。
3. 其他：紅豆、綠豆、花豆、蠶豆、皇帝豆、蓮子、栗子、菱角、南瓜也是屬於五穀根莖類。

水果類

一般所有的水果都含醣，所以吃起來不甜的水果依然須小心吃的份量，建議一次1份如女性拳頭般大小的水果，一天最多2份。

奶類

奶類本身有乳糖，因此就算不加糖仍然會轉成葡萄糖。一份的奶類含有一份的醣。如：250 毫升的鮮奶=3 湯匙的奶粉=無糖優酪乳 250 毫升。



我可以吃多少飯？

教你換換看

1. 輕度工作男性或中度工作女性
1碗飯(200公克)=2碗麵或米粉=2碗稀飯
=12顆水餃=2片薄吐司
=1個早餐店饅頭(方形約120公克)(非山東大饅頭)
=1碗麥片(80公克)=兩片蘿蔔糕(200公克)
2. 輕度工作女性
建議量須比上述減少4分之一，改為每餐3份主食，如：1碗飯改成8分滿碗的飯
8分滿的飯=1根玉米
根莖類1/2碗可換1/4碗的飯
地瓜1/2碗=芋頭1/2碗=南瓜1/2碗=山藥1/2碗
3. 點心篇
營養師建議點心份量應為1份主食或1份水果
紅(綠)豆1/3碗=去邊土司1片=蘇打餅乾3片
=小湯圓1/4碗(30公克)=3湯匙麥片=栗子6顆
=水煎包1/2個=小蘋果1個=柳丁1顆=大芭樂1/2個

★ 注意：甜品糖以代糖添加

圖1 抽象的衛教單張

為提供正確用藥、運動與飲食觀念，讓病患有所知以改變行為，從而改變疾病，具體運作包含個別互動、團體教學、電話或數位互動、紙本單張說明等，在此統稱為啓蒙佈署。例如，伍女士患病多年，對於相關知識仍一知半解，所以衛教師持續解說提醒。

衛：……，妳有吃藥嗎？早上。

伍：有啊。

衛：吃藥就是血糖降太低了，所以妳現在有這樣的體質要注意，照時間吃東西，不要間隔太久不吃東西，再吃藥，運動量比較多的時候也要注意，因為血糖低會頭暈很難過，如果妳在家裡血糖低，有什麼東西可以馬上吃嗎？

伍：就方糖。

……

衛：喔，方糖，妳一次吃幾顆？

伍：有時候降了三、四顆也吃。

衛：對啊。

伍：這樣就好了。

衛：妳家裡沒有測血糖的儀器嗎？

伍：我先生有在量。

衛：妳沒在量？

伍：我偶爾一、兩次才請他量，不然我沒在量。

衛：所以妳最近身體比較虛，妳要多量看看比較安全，如果真的吃不下，不想吃東西，藥也不能吃，不能時間到吃藥，如果沒吃東西的話，妳昨晚是不是吃不下？還是有吃東西？妳昨晚有沒有吃東西？晚餐？

伍：有啊，有吃一些飯。

……

衛：……，我會這樣問妳，就是因為妳的血糖，抽血測起來，上次二月份抽的平均血糖是 7.8，這次有好一點是 7.4，所以……。

伍插話：我禮拜四來抽的。

衛：對啊，最近的血糖真的有比較進步，但是腎臟比較差，可能比較累又感冒，妳看感冒就要吃藥。開水多喝一點，妳一天喝多少開水？

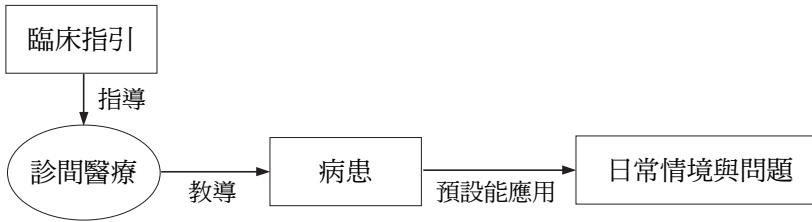
伍：我水喝不少，我吃一次藥，比這個小一點杯子一杯。

……

衛：……水要繼續多喝，湯就喝少一點，……，有比較不好的東西在裡面。不能吃補喔。

伍：沒有，沒吃補。

衛：不管什麼湯都不要喔，湯喝少一點。

圖 2 啓蒙佈署⁵

如圖 2，在此，依據其所強調的啓蒙關注點，這些認識實作在意病患的多元醫療傾向或是無知，因此著重醫療專業認定病患的健康知能（health literacy）不足。其操作是藉由評估個案的疾病控制識能，再提供符合其健康知能程度的正確知識教育，希望補足病患知能落差，並希望病患能據此改變日常生活。在以國家支持專業認證與培訓主導的衛教中，這被視為衛教的根本，也是在各種衛教必然包含的知識面向。

（二）成效

啓蒙知識與操作對理解、意願及執行力強的病患已經足夠。然而，呼應文獻，田野清楚顯示，這些往往是較年輕、高學歷、經濟狀況佳、能自主調整生活條件等具高健康資本者（Williams 1995）。但這些人並非現有慢性病族群的多數。糖尿病多數高齡病患。受訪者有 33 位超過 65 歲，也有極度重聽、完全不識字者（伍女士即是）、亦有只能講台、客語者，但衛教師多只能以中文完整表達。因此，單向的知識啓蒙教導有相當侷限。因為病患認知能力及生活情境落差，經常無法理解抽象、普遍性的知識，遑論正確應用。

事實上，納入個案管理照護的病患每年接受四次衛教，但在第二階段 333 人次訪談中，就有 71 人次以趕時間為由拒絕衛教，而接受

5 衛教包含於診間醫療。以下皆同。另，圖式中橢圓形部分為佈署介入改變者。

衛教卻明顯敷衍也有 38 人次。⁶但這些病患卻願意接受數十分鐘甚至長達一小時以上的訪談，她們表示「每次都講一樣，我都聽過了」、「講太多，記不住」，甚至是心不在焉「有聽沒有懂」。衛教師瞭解此問題，因為病患甚至對她們說「妳們一定要寫（衛教記錄）就講，給你們作業績。」

爲了改善，有些衛教研究認爲單是教導不足以成事，因此進而關注學習成效。在此稱爲成效佈署。這有幾種面向與作法。最基本的是評估衛教學習效果，例如衛教後填寫測驗，確認衛教的有效性（汪宜靜 2006）。其次是以病患照護滿意度與接受度的（臨床或區域）調查，了解衛教方案成效（徐慧君等 2004；陳都文、王俊毅 2009）。亦有擴大檢視醫療服務過程、服務結構、行政服務措施與專業知識對回診率的影響，與接受衛教意願之滿意度與忠誠度等（蔡鴻儒等 2016；王治元 2014；張純純、陳光文 2013；李智貴等 2008）。當然，成效評量機制也用在檢視以衛教爲核心的照護網成效（Chiou et al. 2001；林紹雯等 2003）。

成效佈署常見於衛教前（確認上次教的是否記得或執行）或後半段（確認此次）。例如以下衛教師婉轉確認許楊女士是否理解不應濫用藥物。

衛：上次營養師有請你帶藥罐，妳現在吃的藥的瓶子，妳有帶來嗎？

許楊：什麼？……吃藥的罐子？吃藥哪有發罐子？

衛：瓶子啦，妳在吃什麼健康食品嗎？……妳有帶過來讓我們看嗎？

許楊拿出各個罐子：有啦……。就昨天打電話叫我要帶過來，這一個。

衛：這麼多！

6 此外，客套配合 20 人次、因聽力、語言差異互動不良或時間少於三分鐘 18 人次。

許楊：我整個盒子裡面都是藥。

衛：這吃多久了？

許楊：這吃了半年……，這至少兩、三個月以上了……。

衛：妳吃了感覺好不好？

許楊：也不知道。

衛：也不知道，妳吃這個是什麼功效，他跟你說是吃什麼的？

許楊：他說細胞換新的？……就換細胞的就對了，排體內髒的，會新陳代謝。

衛：讓你排體內毒素的就對了，那這個呢？

許楊：這個降膽固醇……我想說膽固醇高，才跟他買來吃，不過吃了沒降低，反而傷。

衛：對啊，這些都很貴耶，這個呢？

許楊：這個肝精。

衛：肝精，妳為什麼要吃肝精？

許楊：他就說吃了顧肝。

衛：妳怎麼知道它吃了會顧肝，還是只是要妳的錢？

許楊：哈哈，是不是要我的錢我也不知道，就有的人說吃了不錯，我哪知道。

衛：對，就是妳現在有固定在看醫生，醫生不會把對妳好的減少，他會照顧妳的身體。

許楊：我也有在吃，這瓶就下午吃。晚上，早上我就吃醫生的藥，晚上吃這個跟這個，這就是早上吃一顆……我會間隔時間吃，沒有一起吃。

衛：這麼辛苦，妳看吃這些，這次膽固醇更高。

許楊：就覺得奇怪……最近也沒特別吃什麼東西，只是吃三餐。

衛：對啊，所以吃那個不一定有效。

或者是在衛教最後，衛教師經常技巧地反問病患。

衛：……每天都有一顆蛋嗎？肉類一天三到四兩，你……自己煮可以自己控制，那我說的肉量你瞭解嘛？

朱：我大概知道。

衛：你大概知道嘛，那這樣最好。這樣的肉量，不管魚、雞、豬、牛肉合起來一天，三兩到四兩，每天吃一個蛋可以，飯降到八分滿，吃不飽就多加點蕃薯。……除了湯不要喝，麵包、餅乾不要吃喔，那個會對腎臟不好，你還有愛吃什麼？

朱：我都改了……以前有吃麥片，也都沒吃了……麥片說對腎臟不好……我女兒網路查說不行……整瓶被收掉了。……說吃稀飯血糖比較會高。

此佈署也常結合啓蒙佈署，常使用於病友會活動：先由衛教師或醫師講解特定主題，型式常如同學校上課一般，甚至以PPT授課。然後，提供現場發問解答問題。最後進行問答（通常提供小獎品），測試病患是否吸收，順便再複習一次。

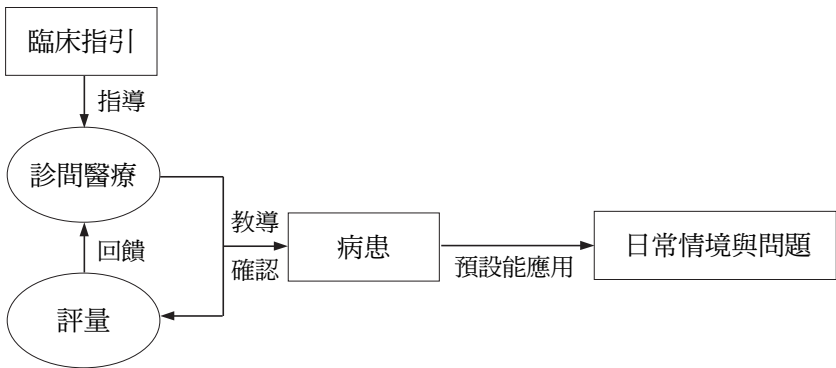


圖 3 成效導向佈署

如圖 3，成效佈署亦與知識相關，但重點在於吸收與否。這種佈

署不但反省啓蒙佈署的不足，這也會引導衛教師檢視執行團隊本身的狀況與成效。尤其是衛教照護拓展、病患數累積後，衛教團隊相當在意成效與效率，以確保不是「浪費時間」（汪宜靜 2006）。例如衛教組長 RF 在回應研究者長期觀察發現，AS 院衛教團隊早期會花很多時間對病患整體狀況進行了解再衛教，但後來越來越簡短時，她以進階、效率、重點確認的說明，顯示從啓蒙到成效佈署的轉變：

我覺得這是我們比較進階的一塊……。以往……衛教一個病人會花很多的時間，因為你像大海撈針一樣，慢慢慢慢縮，才縮到真正的重點。而且以前的病人量跟門診量沒有那麼大，現在一個早上的診次很多，然後病人的量有變得比較大，所以我們必須要很快速地可以切入重點。……我們也觀察到就是以往可能很想要一次把很多東西跟病人講，但是實際上他們你講十個大概到門口只剩下兩個，回來能記得一個就好了。所以我們現在都是針對重點，大概兩三樣針對重點去講，再確認。

（三）教練

儘管成效佈署已反省抽象知識與吸收困難等問題，但仍預設認知中心。研究指出儘管衛教有助於改善認知，卻對改變病患行為有限，因此，衛教不應僅只是知識傳遞（吳淑芳、蔡秀鸞 2009: 7），如上述衛教文獻指出，各種社會環境因素是重要因素（de Weerd et al. 1990）。如圖 2、3 所示，兩種佈署預設衛教知識能被病患帶回生活應用，但此預設卻經常出問題。首先，臨床衛教與日常理解往往有落差。例如戴女士多次訪談皆提到「怕營養不夠」，部分原因是二訪時，衛教過程中衛教師推薦戴女士喝某營養品，補充飲食控制造成的營養不足後。訪談時，她表示自己之前都聽營養師建議，但妹妹因營養不良無法製造血小板過世，且一位不全然聽從營養師卻血糖控制穩定的朋友告訴她：

什麼東西也吃一點，不要吃過量都 OK……。你一直聽她的
你會餓死的，你常常會營養不夠啦，沒有精神啦……吃八分
就沒事了，你沒有吃營養一定沒精神。

戴女士相當認同此說法，從此一直使用食療、保健食品、中藥補充營養。

其次，衛教知識無法應付生活的多樣性與變化。例如，極力配合的陳女士在三年追蹤期間的每次衛教都細緻地回憶飲食與運動、喝水量。也全面詢問衛教師關於飲食拿捏、檢驗指數為何升高、尿酸影響為何等問題，衛教師亦給出詳細建議，但狀況卻未改善。陳女士解釋說自己「沒有忌嘴」，無法依照衛教師的囑咐進行飲食更正。她說：

我現在一直在想為什麼血糖會那麼高，就是說自己都是沒有忌嘴，就譬如說香蕉我喜歡吃，我每天都要吃一條……。可是你看，他就是說你一天不能超過一個拳頭的水果，……，那不止啊，哪會啊，一個芭樂都快一個拳頭了。

顯然，儘管有知識，但在具體狀況如何變通仍是問題。最後，有時更因生活處境造成困難。訪談中，許多主婦受訪者都提到儘管了解飲食要有一定標準與控制數量，但是負責採買與烹調全家飲食的實務造成配合困難。例如黃女士說「肉只能那一兩片，要怎麼煮？」楊梁女士、林女士說：「煮太清淡大家都不吃」。而家人擔心其低血糖不讓她單獨出門的陳女士、跟兒子媳婦同住的許楊女士、需要妹妹協助買菜的吳女士則無法安排特殊飲食。甚至有時是習慣問題。經營公司，與丈夫都是 DM 患者的范女士表示，該做的都知道，但是：

我都沒有照醫師所講的去吃，為什麼你知道嗎？照他的吃，我們要帶孫子，根本體力不夠，沒有體力。真的，這樣我會暈倒……沒辦法調整，我現在餓就吃……餓就吃。儘量吃我

自己喜歡吃的，不喜歡的，像魚類我不喜歡吃……就是降不多，……胰島素前一陣子過期了，把它丟掉了，有很多，因為我們房間都在樓上，所以我都沒有去打……。

本地研究近年已密切關注這些臨床與生活的落差。研究指出強調遵從醫囑的傳統衛教模式過度簡化個人行為影響疾病控制的因素，容易造成病患無力感、喪失對生活及疾病的掌控感外，也突顯醫療環境與個案之間不對等的權力分配（陳美芳、王瑞霞 2012）。也有研究轉向心理與動機層次，指出慢性病患因處於尋求依賴和自主的困局，造成心理失落而不遵從醫囑。因此，相較於如何治療疾病，「如何生活」更顯重要。除了生活支持，也需要身心諮商服務（林耀盛、吳英璋 2005）。

相應之下，有多種新佈署試圖重新連結臨床與生活。一種是關注病患心理與動機的「自我效能」（self-efficacy）理論，強調行動者對自我能力的信念會決定其在特定情境中的行為、思維方式與情緒，因此利用諮商、測驗、團體活動等技巧協助病患加強動機與能力（李玉蟬等 2009）。研究證實，加強自我效能可有效增加病患對症狀處理與生活控制技巧，幫助跳脫因為症狀反覆造成生活失能的惡性循環，也降低併發症發生機率（陳滋茨等 1998；Wu et al. 2007；Wu et al. 2011）。在自我管理教育中，病患與醫師、衛教師形成互為夥伴與信任關係，則賦能病患成為自我管理專家，達成行為改變（李尹暘、林麗娟 2008）。參與創設台灣第一個糖尿病中心的資深衛教師近年的反省，也指出：

過去的糖尿病衛教著重的是知識、態度、行為，認為知識會影響態度，態度又會影響行為，所以衛教的模式往往是著重知識的傳授，常常為了節省時間及人力，採用單向式、大班制的演講方式。但許多研究已經證明「行為改變」才是改善糖尿病控制成效的重要關鍵，而要達成行為改變，必須增進

病人的自我效能。慢性病照護模式中，病人與健康照護者互為夥伴關係，糖尿病自我管理教育（Diabetes Self-Management Education）必須能增進病人的動機，且賦能病人，讓病人成為其糖尿病自我管理的專家，並期待能貢獻其與慢性病共處的生活經驗成為「病友專家」，增進糖尿病自我管理支持（Diabetes Self-Management Support）（汪宜靜 2015: 27）。

這些如同教練一般深入理解病患生活與問題，以各種策略加強動機，指導病患改變生活與疾病的實作，在此稱為教練模式。這種模式有時甚至不稱之為衛教，而是疾病管理。亦即，支持病患管理疾病與生活。這開始跨出認知主軸，關注如何在生活面形成更多連結（圖 7）。這有幾種型式。首先是將衛教生活化。因多數高齡病患抽象理解力與記憶力不好，因此，衛教必須更為具體（賴淑惠、林麗鳳 2014）。包括應用生活中的具體器具，例如食物與碗盤模型，標示份量；研發飲食份量拼圖或餐盒，將飲食組合具象化為容易操作的拼圖模式：以豬肉兩指寬算一份等身體化記憶方式教導蛋白質份量。

此外，這佈署也更正視本地飲食差異。相較於臨床疾病指引多只提供食譜的營養指引，做為病患控制飲食參考。如圖 4，糖尿病衛教學會、關懷基金會甚至發展台灣北、中、南區各地常見現成外賣小吃（如肉圓、米糕、麵線）的營養分析，因地制宜地將飲食單位與熱量等抽象原則連結具像的在地模式（吃兩指寬的肉、一個或半碗水果、一個筒仔米糕等於三份主食等），讓病患容易實行（財團法人糖尿病關懷基金會 2000；2007）。



圖 4 小吃營養分析（上方）與食物模型（下方）

其次是為病患安排細節，排除問題。例如，對營養不良，血糖也控制不佳的陳先生，衛教師不厭其煩地為他規劃三餐。

衛：……你早上可不可以燙個青菜來吃？

陳：不可能啊，我太太腳不舒服啊，連爬樓梯都不好爬。因為她沒辦法弄，我就只能自助餐買來、可以買方便的來泡著吃的。我都買那個麥片嘛，結果吃了今天 240 幾，很奇怪？這次我有吃蛋吃肉，我這一次的糖化血色素變成 9.5 啊……。

（略。討論幾種可能性，但陳先生堅持麥片最可行）

衛：麥片少一匙，吐司一片這樣子來也可以。

陳：麥片少一匙吐司一片，要不要蛋？

衛：可以，看你，如果肚子餓就可以加。

陳：好，吐司一個蛋，然後麥片少一匙，這樣可以。

衛：好不好？這樣來試試看。

陳：但是我吃素以後常常非常的餓呢，11 點我就肚子餓得好
像走不動。

衛：我們來換一下好不好？……下次你把它分成兩個時間
吃，一個是早餐，一個是 10 點多的時候。

陳：早餐先吃兩片吐司和一個蛋，再一片留到……

衛：沒有沒有，這樣子會太多……我們先來算，一個一個
來。

陳：我都可以啦，只要會飽就可以了。

（接著討論午餐）

陳：……我差不多 11 點 10 分才去吃飯，那時候都餓了嘛，
就走路去那邊吃飯。

衛：好，那沒問題。不論有沒有吃肉，菜都要一碗以上這個
原則。

陳：好。坦白講我去到那邊的話，……你不早去的話就沒有
了……比較不好的菜的話就有，但是不能早去就沒有
了。

（回頭再確認早餐是否吃水果）

衛：或者是十點多吃水果也可以……吐司，如果你早上吃一
片吐司。

陳：一片絕對不夠啦。

衛：不超過兩片啦，一片半、兩片，或者你把邊去掉。

陳：邊我都吃下去。……邊有關係嗎？

衛：會哦，邊也是澱粉，而且它的邊其實比較多比較厚。

陳：那個吐司邊的話沒有人要吃啊，我孫子也不吃我太太也
不吃，丟掉太可惜了。

（討論完晚餐。安排一天中何時吃水果）

衛：那你（晚上）七點的時候可以再吃一個水果。

陳：那個電視講說水果不要晚上吃，要白天中午吃。

衛：為什麼？

陳：他說早上吃是黃金，中午吃還是金是銀，晚上吃就是垃圾。

衛：應該說晚上不要吃太多啦，因為太多的話你睡覺的時候胃還要幫你工作消化。

陳：但是變成說我七點、八點還不會餓，但是只有到半夜三、四點會餓。

衛：所以睡覺前吃一點小東西墊墊胃晚上就不會餓。

陳：半夜起來小便的時候好餓啊。

（衛教師請他多測量幾次血色素，確認成效）

陳：坦白講我的經濟不允許我這樣……那個試紙很貴嘛，我現在只靠六千多塊那個在生活，我兒子又四千塊給我，我現在只有一萬多塊在生活。

衛：這樣可以了啊。

陳：不行啊，買東西什麼絕對不夠啦。……偶爾一兩次可以試。

衛：所以早上你先看看一片吐司還是兩片吐司，我們先找出來，如果都吃一樣就不用常常測。

陳：經濟不允許，以前我打工還可以維持，現在年紀大了沒有人要你了，現在就是生活費不大夠，……。

相較於認知中心，教練佈署中的衛教少談抽象知識，如同生活教練，直接涉入細節，不斷提出可行性以鼓勵病患，並同時找出單向教學無法發現的問題（如電視誤導、經濟狀況）。資深衛教師都了解這一點。一位在大學任教也長期在 AS 院教導臨床衛教師的營養學博士 SZ 扼要地區分「該講的」與「做得到」，不讓病患恐慌而加深其敷衍或失能，她說：

早期衛教師……就是比較制式的，就是講那幾個覺得該講的而已。那他們現在已經會知道說，雖然我要改變同樣一個事

情，但是我的講法可能會不一樣，而且動機……，你要讓一個患者有動機、讓他有動機，然後你要他改的方法是他可以做到的，你這樣才會成功。而不是告訴你說……你就是要減少、你就是不能吃，或者你就是要吃多少，……。有動機你教了他能做的，他做不到是不行……那個會不一樣的。就是他不是應付掉這個衛教而已，就是 he 會感受到你真的是在關心他、真的想要幫他更好。

更進階的作法，則是建立支持團體。相關研究針對照護協助，指出大多數高齡患者因疾病影響感官（如視力），加上理解、判斷等能力降低，鼓勵家屬加入可協助衛教管理疾病（孫嘉慧、林秋菊 2014）。此外，家人或朋友若能成為支持者，也可降低病患憂鬱情緒，增加對疾病控制感，有助於降低或緩衝因疾病所導致的心理情緒困擾（汪素敏等 2016）。

糖尿病照護網政策推動病患團體，但如上所述，這些因應規定成立的團體多數仍以認知導向的上課為主。少數例外中，CH 縣衛生局則相當注重病友團體的作用，要求其衛生所認真辦理。以 TU 鄉衛生所病友會為例，該鄉多為老農或家管、多勞動少運動、主食量大的病患。因此衛生所除了一般衛教外，鼓勵病友會成員揪團運動，紀錄無法規律運動原因；更在病患家屬中找出「督促者」幫忙紀錄聯絡簿或督促成員運動。此外，飲食控制上由營養師帶領病患與其家中主要烹調者帶著平日在家中使用的碗筷一起參與，強調「做中學」：挑選食物種類與調整食用份量。作法為成員測量飯前血糖後，當場盛裝該社區自助餐店食物，對照放在家中的食物圖卡（圖 5），實地比較標準份量差異。餐後再一同進行飲食評估與探討。如此，家屬、病友團體，甚至社區飲食、運動資源都被納入教練佈署。



圖 5 病友會活動中以自助餐比對飲食（謝賢 2016）

此外，為深入生活，科技物也被納入。因應智慧型手機普及且病患熱衷使用。台灣目前已有不少院所啓用疾病管理 APP，提供衛教資訊、登錄居家檢測數值與諮詢等功能。CH 縣 TC 鄉衛生所則成立 Line 群組。在病患三餐前或檢測後，一有疑慮就上傳資訊請衛教師判斷並教導（圖 6）。



圖 6 Line 回報飲食與衛教（作者拍攝）

在此，教練佈署的關注點與機制跨出診間，進入病患生活，也因此型態差異很大，無論連結工具、積極病友、家屬、生活資源或科技，都需要因地制宜。儘管因病患、院所能力、資源不同而有相當多差異，但是關鍵都是希望降低臨床與生活的落差，藉此減低病患遭遇問題的挫折感，加強動機與信心以達成自我管理。這開始凸顯臨床指引的普同性知識必須落實為病患的在地生活認識模式才有機會落實的關鍵。

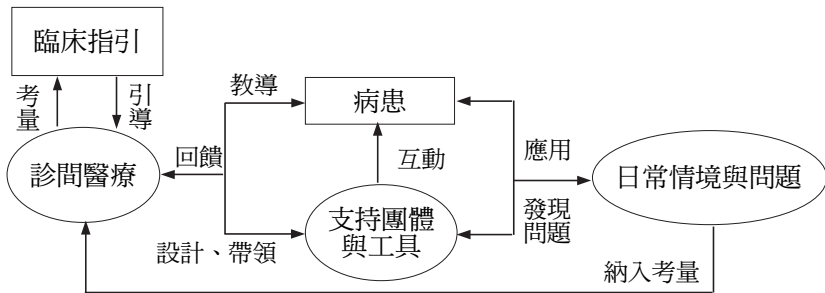


圖 7 教練佈署

（四）團隊

由集中關注病患認知到生活與社會層面發展支持的整體、落實觀點，也開始檢討醫療端。研究認為慢性病多為高齡者的事實，挑戰現有衛生教育、醫療諮詢、雙向轉診等體系之不足，無法達成全民健康，遑論落實當前「在地老化、在地安養」長期照護宗旨（鍾鎮鴻等 2016）。因此認為需要更全面檢討如何為高危險群民眾提供整合型的生活型態介入（巫菲翎等 2011）。當前最新趨勢是提倡跨領域團隊到宅訪視，衛教無法出門看診的病患，以提升病患自我照顧品質（葉啓昌等 2016；杜秀容等 2016）。

因此，此時關注點由接受端朝供給端位移，在此討論兩種衛教團隊的變化，稱之為團隊佈署。一種是極富盛名的 U 診所 LG 院長環繞著病患需求，重新安排團隊。LG 原在醫院服務，曾是 1996 年台灣第一個糖尿病共同照護網的主要執行者之一，2005 年開設 U 診所時，他

以糖尿病專科診所為定位，目前照護近四千位糖尿病患。U 診所不斷獲得健保局與國健局的品質卓越獎以及標竿機構表揚，也廣受媒體報導，經常有全台與中國院所前來實習，也對外輸出經驗。LG 亦因其優異表現曾以診所層級醫師擔任衛教學會理事長。另一種是 RS 教授重組衛教團隊，讓病患成為衛教團隊一員相互教導。RS 創設台灣第一家糖尿病中心，擔任過糖尿病學會理事長並創設衛教學會。他也是最早倡議衛教，並領導翻譯照護品質指標、制度建立的領導者。近年他也發展新型態的門診集體衛教，使病患成為衛教團隊的一員。兩者雖然各有不同發展與考量，但 RS 與 LG 團隊不約而同由醫療價值模式反省品質的重要性，進而改變衛教團隊。

U 診所從成立以來，即正視衛教必須以團隊方式進行的核心，逐漸從團隊合作層面重組衛教。這源自於他參與建立共照網，並在其中扮演執行角色有關。LG 認為衛教不是教育，而是支持。他歸納二十餘年經驗說：

做衛教……半年內還不錯，半年後就開始鈍化，但是相較……〔他們的模式〕教育沒有做很多，但是你就繼續跟他聯繫，跟他保持關心，……他的持續效果反而比較好。所以糖尿病的學習、病患要學很多……要更正這個觀念。只要做核心學習就好了，他真的不需要學很多。糖尿病就在你的生活裡，那如果醫生衛教團隊有十堂課、二十堂課可以給你上，難道要上完這二十堂課你才有能力在糖尿病的那種情況下過活嗎？

我們的核心教育……一個新病人在第一年內，總時數加起來平均……九十分鐘……。第二年起，……做的都是支持。支持的話比方說，病人的具體控制已經很好了，然後就做一些重點提醒、做一些鼓勵，那就夠了。……我們不要用衛教來定義，我們定義說……什麼是「糖尿病自我管理」……和

「支持」。

在這種理念下，而 LG 進一步納入新服務及商業模式，他說：

在台灣我倡議慢性病照護模式，……在國外已經大概有二十年的歷史，那台灣〔有系統〕引進的話可能是在離現在大概七年前左右。……我們在衛教學會的課程上去寫，寫說慢性病照護模式是什麼，……。

我們糖尿病的這個核心課程的教科書，它有約略地敘述商業模式，……那我開業就有點參考它，比方說我要評估一下到底有多少人？我怎麼做資源整合？它有幾個步驟在教……我不是有了慢性照護模式我才開業的，我是先有所謂商業模式……加幾個提綱挈領的東西，比方說你要算錢……。慢性病模式他在醫療單位……就四個軸，第一個軸叫自我管理支持，那第二個就是你的服務系統設計，第三個軸叫做決策支持，第四個軸叫做資訊系統……它就四個軸。……我在衛教學會當理事長的那三年任期，我辦了很多的workshop就都在談這個事情。

在此，許多商業經營管理、服務鍊整合與價值創造的知識被融入衛教。如 U 診所營運長 YH 衛教師在接受 EMBA 訓練後，以 Michael Porter 觀念「價值是醫療服務的核心」，以照護價值供給鍊介紹 U 診所的運作模式。除了原有的衛教知識基礎，團隊積極關注如何以創新方法克服「服務的缺口」，重新設計整體院所的運作以支持病患以界定醫療的價值。在此，藉由將關注點由衛教的接受者轉向提供者與提供過程，她們問題化衛教，並重新定位衛教的理念與作法，亦即，以改變衛教團隊為核心的佈署，重新創造「完整照護週期的供給價值」（圖 8）。

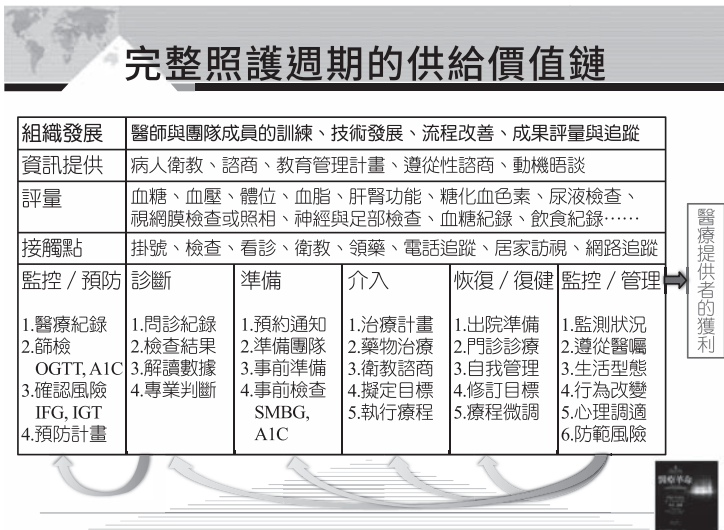


圖 8 U 診所以價值鍊重新定義的衛教流程（李怡慧 2016）

如此，她們關注如何重整團隊。首先是合理化衛教流程。過去病患需要先到院抽血，以便在幾日後看診時醫師能有最新報告以利判斷。但病患需來院兩次，會增加困難。因此 U 診所購置新檢驗儀器，並重新安排看診與衛教相關流程，讓病患能一次完成抽血、看診與衛教。而爲了提高病患回診率，她們也以電訪提醒回診、領藥及血糖追蹤關懷。

其次是以精確價值定位創新服務。他們認為需要高度互動技巧的衛教不應是流於衛教師個人摸索。所以該院積極制訂院內各項作業的標準作業流程，包括衛教用語及記錄，以強化衛教師的核心能力。此外，從 LG 擔任衛教學會理事長時開始，積極提倡院內團隊進修與研究，並以研究、創新作爲該院團隊目標，因此該院團隊也持續拓展自我成長並回饋到拓展多元服務。2016 年 LG 更以「糖管理學院」界定其知識品牌，更爲系統地培訓來取經的團隊。

最後是關注差異的支持。U 診所不但開發 APP 協助有能力的病患自我管理，更於 2013 年 LG 擔任理事長任內執行 peer support 計畫，

並於 2014 年支持成立協會。其特色為，培訓控制有成的病患，轉化為「病友專家」擔任協會幹部並協助衛教師做例行家訪、了解病患生活問題，並直接協助。例如對常見高齡者控制不佳是經常忘記或重複服藥、打針，便製作每天用藥看板輔助。這深入生活，支持有心卻無力的病患。



圖 9 協會家訪為病患製作的用藥看板（長型物為針劑）
（社團法人宜蘭縣愛胰協會 2016）

在 RS 方面，則長期關注門診衛教。RS 是台灣最早提倡衛教且身體力行的醫師。早年沒有衛教師協助時，他看診就同時親自衛教，因此往往一位病患需時數十分鐘。後來，因為病患人數增加，他便要求初診病患必須先集體聽他上課一小時。這產生很好效果。RS 所到之處，該院照護成效便提升，幾乎都是全國數一數二。近年 RS 也反省到傳統衛教侷限，開始重組團隊推動新型衛教。

這緣起於 2013 年他收到管理學大師 Michael Porter 赴美參與討論疾病價值的閉門會議的邀請。其中對醫療照護價值的重新界定，引發他進一步思考：

怎麼樣界定什麼是各種疾病的照護的品質？……病人花了一塊錢在你的醫院，你會給他多少的錢的 value？那我說 DQIP⁷

7 美國 1999 年實施糖尿病品質改善計畫（Diabetes Quality Improvement Program）。

或者是台灣的糖尿病照護都在看 A、B、C。⁸ 但 A、B、C 是中間的價值，它不是 final 的，final 是要看 quality of life……病人的感受都要考慮進去，所謂 patient-centered care……。那我們沒有特別討論糖尿病，但是一起討論很多這方面的事情。所以回來了以後，我也在想什麼是糖尿病的價值？我們怎麼樣界定這個東西？那很複雜……他們說第一型的糖尿病有時候診斷拖好幾天，……病人不舒服的時間好幾天……那這個越短，你的價值是好的；你剛得了病很不舒服，你花了幾天的功夫讓他變成舒服、開始可以工作，那個時間越短，你的品質是越好的。在歐美國家成年人失明最大的原因是糖尿病，你發病到失明經過多少年……這越長，價值是越高的。但是你不可能開始看一個病人……看到他死掉為止才給你結算醫療費用，那你會餓死……所以可能要一個段落、一個段落的給付，那對於每個段落的給付怎麼樣去計算？

受到 Porter 啓發，2014 年 RS 搜尋如何界定照護價值與品質的資料時，不但發現美國 Cleveland Clinic 已有相當成果，也注意到該院正實施新型的共享門診（Shared Medical Appointment，簡稱 SMA）。⁹ 他認為這有助於突破現有衛教，因此與 PF 衛教師翻譯現有共享門診的作法、表單與設計後，從 2015 年 5 月開始嘗試。經過多次調整，在考量病患參與時間、健保給付限制、實際運作流程後，最終確定型式為成員圍繞圓桌坐，前方有記錄討論的白板，旁邊有另一套桌椅與電腦供看診開藥。看診與分享同步進行。由 RS 與衛教師 PF 同時進行：將願意加入共享門診、大約 10 位病患每月約定同一時間看診，一年 12 次，每次兩小時。成員都簽署保密協定，不得對外透露他人隱私。

8 指糖化血紅素（HbA1c）、血壓（Blood pressure）和膽固醇（Cholesterol）。

9 請見：<https://my.clevelandclinic.org/patients/information/shared-medical-appointments>。

實作上，相較於過去一對一的衛教，新方式類似焦點團體。衛教師主持，簡要介紹每月設定主題，有時邀請一位成員引言後，接著開始鼓勵每位病患發言。看診方面，病患同時輪流接受 RS 問診。分享過程中若有重大議題或需要回應時，RS 暫停看診並加入討論。當議題偏離主題（如分享偏方）或是產生反效果（爭執），再由主持人拉回。

幾次觀察中，討論很熱烈。控制差、不了解者常提出疑惑或執行困難，成效佳者常分享自身技巧、以過來人經驗鼓勵、教導其他病患。有 25 年糖尿病衛教資歷、也獲得許多榮譽肯定的 PF 說，SMA 讓她聽到看到許多之前衛教時無法觸及的生命層面，也跨出疾病焦點，拓展更為多元、貼近病患生活的管道。例如，經常聽到新病患提問「打胰島素是不是會打到洗腎」這個常在衛教中被提起的疑惑。許多病患便紛紛由自己經歷說「沒打才會洗腎」、「會自己以前也是聽人家這樣說，撐很久不打，結果好幾次血糖太高，吃到沒藥吃」、「現在打胰島素不會痛了」、「很方便」、「血糖更穩定，不用限制得那麼厲害……」等等，七嘴八舌地從各方面提供資訊，而衛教師只需要再稍加補充即可。另一次分享中，一位病患激動地談到他的糖尿病之所以控制不好是因為早年為夫妻做房地產生意，但是後來公司倒閉與先生離異，她為了賺錢養小孩，開始做房仲。但為了拼業績，只要有案子她就衝第一，壓力大有空就大吃。直到現在三餐也沒辦法定時，所以控制得很不好。她自己「很苦悶，覺得很對不起醫師和大家。」而在另一次觀察時正好是該梯次 SMA 最後一場，多位病患在分享後，不斷強調「是不是能繼續下去？」「每個月來一次，讓我心情很輕鬆」、「都像老朋友一樣，捨不得」。那一次到關診後，大家在診間還聊了一個多小時才離開。

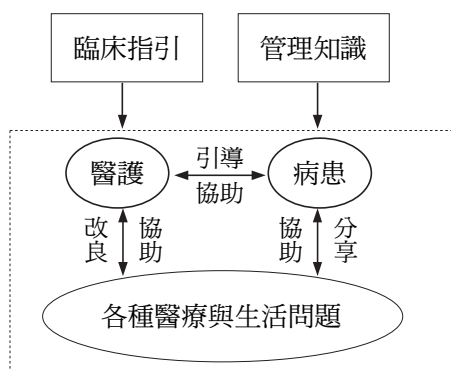
這種佈署轉變病患。原先診察與開藥獨立，而病患幾乎是被動的：醫生在診間下命令，衛教師接受命令後衛教病患；即使照護網計畫規定成立的病友團體絕大多數亦只是另一種集體衛教。在 SMA 中，病患不但參與問診、提供同儕動機、分享解決問題經驗，甚至是互相

激勵督促成效，成為彼此面對疾病的教練與伙伴。因此，原本孤立、各自面對疾病的病患，開始成為「老朋友」，而控制不佳問題不只是個人的疾病，而是「對不起大家」。

迄目前為止，初步研究顯示 SMA 照護品質較同院其他傳統衛教佳。2016 年底全台已有 8 家診所觀摩、接受指導並實施，加入機構陸續增加中。2017 年 RS 更成立 L 診所作為 SMA 衛教推廣基地，且如 U 診所一般，以全方位的飲食營養、運動與藥物衛教加上醫師所形成的衛教團隊模式。在研究者數次參訪其指導院所的過程，更看到有院所擴大飲食與運動衛教為共食、瑜珈與調息課程等，納入更多元的團隊以協助病患改變。

因此，如圖 10 所示，RS 與 LG 團隊都看重 Porter 的價值議題，但是有不同的落實方式，這源自其既有條件與脈絡。RS 雖然是台灣糖尿病衛教先驅，而且也是許多重要糖尿病衛教計畫的領導者與政策推動者。不過，從他的實作經驗歷程來看，RS 長年在大型醫院工作，以個人診療為主，因此，就制度條件上，他的佈署範圍都是在其個人診間。直到 2017 年 L 診所建立後才以整個院所團隊為模式。而 LG 一開始因為因緣際會參與照護網建立，因此，其對衛教的思考相當早就以院所驅動照護網的區域性團隊為主，2005 年開業後更因為其定位為糖尿病專科診所，整個發展便以完善衛教團隊為核心。因此，偏向整個院所的佈署。如此，這呼應即使同樣的知識、理念引導，在不同條件的實作佈署下，會發展出不同結果。這也凸顯定位差異的重要性。

相對地，L 與 U 診所共同處也在於引入醫療之外的管理知識，重整衛教團隊造成新的影響。而在這種新佈署的衛教實作上，無論是分享形式或是病友專家，病患都成為主動參與者，參與衛教團隊的重組並改變其實作內涵。這除了有助於使標準化的臨床指引與衛教更為融入現實，依病患與問題而異地發揮支持與協助。這兩者的大同小異更進一步凸顯同樣的醫療與管理學知識如何重新連結，落實為在地脈絡化的佈署差異，亦可顯現定位實作脈絡的重要性。



重組衛教團隊

圖 10 團隊佈署

(五) 健康

U 與 L 診所都是全國知名的重要案例，但非唯一，在已經廣為接受的「以病患為中心」理念下，許多院所都有因地制宜的安排（邱淑媿等 2007）。然而，僅針對院所病患的衛教有廣大漏洞。流行病學估算台灣有 227.5 萬名糖尿病患，雖然積極篩檢，但只有約一半正接受治療，而進入照護網者更只有其中三成（衛生福利部國民健康署 2016: 75；衛生福利部中央健保署 2017）。因此，無論如何有更多的看不見的病患會持續惡化，尤其是那些不認為有病或無法到院所接受治療者，現有醫療體制難以觸及（許良豪等 2016）。因此，如何進一步轉變現有作法，以降低各院所、家庭與區域能力差異，觸及這些病患，以改變整體惡化趨勢刻不容緩。

作法很多，包括加強篩檢與宣導、加強政策鼓勵與資源、改變現有績效主導的制度的問題、更為深入瞭解在地實作邏輯等都是。以本文目的而言，主要討論反省現有衛教的另類模式者。在此以 JC 醫師反省現代醫療，針對維繫 DT 鄉日常生活健康狀態安排為例，稱之為健康佈署。CH 縣 DT 鄉是醫療資源缺乏地區，整個鄉只有三家診所。在此開業二十餘年的 JC 由早期在他處鄉間衛生所服務七年餘的經驗中，發展出與類似醫療化與藥療化批判的深刻結論：許多源自生活問

題的頭暈、背痛、肚子痛是「可有可無」小痛病，民眾卻迷信醫療而進行打點滴、打特效針等無謂治療。而在利益驅使的當代醫療體制中，醫師與院所也自覺或不自覺地以藥物作為唯一治療手段。

深刻反省此問題，JC 從衛生所時期即標榜不打針、不打點滴，開業後更積極思考如何教導病患健康避免疾病。針對慢性病，他認為「慢性病是文明病，而醫療也是文明病」，並歸納，「不管是高血壓、糖尿病，其實你給他運動、飲食的衛教，能夠落實的話，那真的很多都比吃藥還好。」他也批判雖然糖尿病照護強調藥物、運動與飲食並重，但醫護「對運動不在行」，飲食又沒辦法掌控，因此手中的武器其實只有藥物。此外，對於糖尿病防治政策與獎勵衛教成效，他認為問題很大，因為「衛教沒有辦法讓病人改變時，……只是變相鼓勵醫師藥越用越重」，形成惡性循環。

如此，儘管他也加入家醫群、照護網，他更關注被忽略的運動關鍵。早從 1990 年起，JC 計畫在該鄉 16 村每村設運動班，結果二年半就設立 20 班，有 660 個付費會員，並成立 DT 體育會。體育會每週召集幹部開會，討論並學習如何教導村民運動。從外丹功、氣功、太極等等一路走來，雖持續改進，他也意識到現有運動往往受到時間、場地（如跑步）、配合音樂（如跳舞）、招式複雜或髒扭（如氣功）等限制，很難持續在居家生活執行。

2011 年受到一位病患啟發，JC 發明在原地放大走路動作的「甩手踏步」，同年將這種運動納入各種慢性疾病處方：指數稍微異常者，不開藥，教甩手踏步。較嚴重者則以藥物加上運動，回診時則依病情起伏調整藥物與運動。這個嘗試隔年獲得肯定。2012 國健局突然通知該院在全國醫療成效評比獲得品質卓越獎。JC 與同仁檢視後，發現最大變數是前一年加入的運動處方。迄今，他週三、五、六晚上在體育會教運動。JC 的積極程度甚至讓衛生所人員疑惑，勸他「你教運動、教一教患者身體好，你就沒有生意了。」

在研究者前往訪問時，JC 剛剛休診，而診所旁邊的空地還有幾位民眾在甩手踏步。詢問護理師時，她說：

一個新案的糖尿病患者的話，醫師都會說來我們這邊看病我都會教一招運動，然後醫師就教完以後就跟他講……你一天大概做幾百下，500 下、1000 下，然後下次來門診他會在他的電腦記載，下次來他就 follow，你回去有沒有做？那我們衛教師我們這邊會說……黃醫師教的運動你沒有做？也是會再 follow 他一下，……不是說全部的個案都一定能夠配合，至少會有他的效果在啦。

（看診時）患者控制不好……（JC 醫師會說）你去後面踏 200 個再來……。患者也都乖乖的配合，就是我們這邊滿有趣的一個生態，……因為他也知道醫師是為他好，所以醫師給你你一個很簡單的（選擇）…你是要加藥還是要運動？藥加下去很簡單，醫生開了、藥是你在吃的……，兩樣給你選擇，你要加藥還是運動？那患者當然是選運動，少數……才是加藥。

也因此，相較於當前許多對醫療淪為服務業的感嘆，JC 診所狀況有極大差異。護理長說：

一進來，（醫師）就問你有沒有運動？甚至有患者來他會先（跟護理師）自我檢討一下，我最近怎樣……我就沒運動，等下去會被 JC 醫師罵，他就心裡會有這個準備啦，……。因為有時候對患者你也不能都是一味的討好，也是要給他……你知道你血糖控制不好你就是會怎麼樣，讓他知道他的前因後果。所以說……有時候 JC 醫師口氣稍微重一點的話患者也是能接受，因為畢竟也是希望他好，因為你合併症出來的話，那個都沒辦法恢復的。

目前這個健康佈署持續拓展，JC 也經常獲邀參與健康促進推廣示

範。幾年前他更將該院病友團體分為三種：自我監測組（鼓勵病友持續監測）、衛生局的病患團體（病患每年輪替加入），到最高階的模範糖友聯盟（Line 群組 14 位和 3 位非線上成員）。最後一群雖然狀況都較嚴重，但都積極從事各種運動減少藥物使用，成員每日需回報運動種類數量，彼此監督（圖 11）。此外 JC 也設置每季全院病患進步排行榜。若病患達標則並列第一名，其餘則按指數高低排名。若進步到低於七者，都發給 100 元獎勵。



圖 11 模範糖友聯盟群組（作者拍攝）

相較於其他模式，此佈署反過來問題化現有醫療體制，改以預防性健康促進重組衛教。如圖 12 所示，相較於現有廣泛以醫藥解決病患日常問題的現有體制，此佈署的特殊之處在於，轉移問題範疇：已不限於醫療，更在兼顧病患健康、生活與疾病的交會點，以朝向健康的運動佈署改變現有狀態。這對慢性病防治醫療（化）體制佈署有幾點重要意涵：首先，如 Kelly 與 Charlton（1995）分析 WHO 理念與實作的落差，現行標準化糖尿病衛教指引中強調飲食、運動與藥物並重，但實際以藥物為核心，再輔以飲食衛教，而運動只是聊備一格，JC 所促成的佈署，實際落實原本流於理想的運動，反而成為相當獨特

的異類。

其次，這個批判醫療化與藥療化的佈署，仍是以醫療專業驅動的社會改變。儘管 JC 的佈署藉由運動的普及化（驅動村里）、簡化（增加可行性）、同儕競爭（排名、互相督促）等方式突破醫療架構，但其關鍵之一，卻是運用處方化（由衛教師勸導改為醫師處方¹⁰）的技巧，不但動員病患相互督促與支持，更廣泛地重新連結醫療、運動與社區日常健康。這種同樣帶有啓蒙意味的健康認識實作，弔詭地由醫療專業以突破現有在地醫療慣行的方式，落實醫療指引，而形成對在地醫療體制的挑戰。

最後，在這過程中，凸顯原本包含衛教獎勵政策、院所績效查核與表揚，成立病患團體與醫療指引落實等，看似一體的防治體制佈署，其實存在各種間隙與挪用的可能性。例如 JC 的運動佈署凸顯現有醫療體制與政策鼓勵更可能讓醫師藥越開越重，但卻也是這些政策讓 JC 自覺新佈署的效果。也因此，儘管醫療化或運動的效果早有文獻探討，但 JC 由在地脈絡發展的獨特關注點，成為建置此佈署的重要認識基礎。亦即是說，現有體制的限制，反而是促成 JC 的在地認識與轉變的基礎。

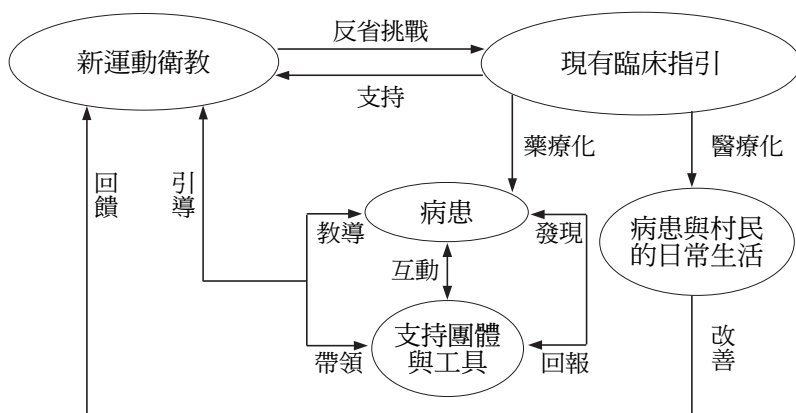


圖 12 健康佈署

10 衛教師都認為醫師說一句勝過衛教師說十句。

六、結論

糖尿病防治佈署造成醫療—社會現實的差異。如表 1 彙總，本文以在地實作出發，分析多種衛教佈署。藉由實作中的關注點、機制與效果，以及其效果如何成為進一步發現的限制／關注點，本文指出認識實作的重要性。

表 1 由各種佈署關注點、機制與效果定位差異

佈署類型		啓蒙	成效	教練	團隊	健康
關注點 (哪些差異)		病患無知	衛教是否有效	衛教與實際生活落差	如何落實醫療的價值	過度醫療化與藥療化
機制 (如何解決差異)		單向教導與提醒	評量病患是否成功學習	生活化衛教，加強動機與信心	納入商業管理改變衛教模式	深入瞭解在地脈絡，以運動驅動地方社區
效果	對誰有效或影響	對理解、意願及執行力強的病患	確認衛教學習成效	降低臨床與生活的落差，減低病患遭遇問題的挫折感	以新團隊模式拓展衛教與生活支持的廣度與深度	參與社區健康促進者
	限制／新關注點	無法理解者	理解落差、不知變通、實行困難	各院所意願、能力與資源差異	各院所意願、能力與資源差異	在地認識與獨特創新，如何可能拓展到其他地區

這些分析有三個經驗意涵：其一、本文以院所訪查的差異為基礎，介紹目前台灣糖尿病衛教實作的重要類型。相較於現有衛教研究的各自討論，體制分析的佈署觀點以其實作關注點、機制、效果等面向，凸顯釐清不同病患族群（如認知能力）、實作脈絡（臨床與生活落差）與認識實作差異（關注不同面向與問題）的認識佈署，希望這些分析有助於定位醫療實務中的多元經驗與認識模式。

其二，這些佈署所認識與定位的差異間充滿動態關連。例如，啓蒙與成效佈署歷史悠久，最為廣泛且經常協同其他模式出現；啓蒙、

成效與教練三者都以問題化病患為主，而彼此存在直接的對話與改進關係，針對前者問題浮現的新關注點成為後者的焦點；團隊佈署重新釐清醫療實作目的與效果，鬆動醫護主導病患被動的啓蒙模式，此外也凸顯即使是同樣的理念，在不同團隊實作脈絡中也會落實為不同樣態的佈署；而健康佈署實際上也帶有啓蒙意味，但卻反過來問題化醫療體制本身，因此不限於病患或醫療，尋求新著力點。

其三、本文討論著重包含認識各種差異的衛教實作對於促成不同佈署的影響，亦即包括釐清衛教或在地脈絡的知識、研究與反省。如果醫療指引或價值理念在實現過程存在脈絡化差異，那麼照護網政策規劃、資源分配與組織運作的在地差異也是值得進一步討論之處。同理，本文聚焦於國家與專業主義下的案例，但同時存在的其他知識與認識實作，例如另類療法競逐、病患的多元認識，或不同認識媒介所引發的挑戰變遷，也都是值得關注的（林文源 2017）。

理論上，本文分析呼應既有互動論與 STS 實作取徑，顯示醫療權力與擴張並非均質、一致地發揮作用，而標準化知識在實作亦有落差。因此我們需要更精準地定位這些實作。各種佈署分析則顯示，定位差異中的差異已經不是理論對比於經驗差異、整體趨勢對比於實作細節，也不只是以理論重構差異等區別，而是各種認識實作如何影響與定位差異。而定位這些差異的認識佈署包括：定位在地差異的臨床認識實務、定位衛教研究的脈絡化觀點，以及協助研究者定位理論差異的體制分析。以下分別討論。

（一）定位在地差異的認識實務

認識實務的差異相當依賴釐清實作脈絡。首先是實作佈署中的關注點差異。無論是單純如啓蒙，或是更為複雜的教練、團隊，甚至是健康佈署，各自依照現有條件、針對現況提出問題、釐清在地現實，形成特定關注點。不同認識佈署的關注點對病患、實作場域甚至是對團隊自身可能性條件與預設都不同：例如，啓蒙認為病患需要知識、成效瞭解衛教不一定有效果、教練針對缺乏實行能力者，甚至是 RS

與 LG 重新定位價值、JC 的臨床醫療化批判等。這些認識現實的實作雖不必然呈現為理論，但事實上卻是藉由某種護理、心理或教育、管理知識，甚至是社會理論（例如健康佈署的醫療化反省）與在地現實的互動，所發展的應用、理解或反省。

因此，這些多元知識與認識方式，意味著衛教實作不只傳授醫療知識，更包含多元的知識、論述或分析等認識實作。藉此，實作者才能釐清現況差異，形成特有關注點以發展在地策略，形成的新認識佈署與連結。亦即，定位在地認識架構的實作在臨床介入中因地制宜且無所不在。

（二）定位衛教文獻的脈絡化觀點

同理，由認識佈署角度，本文介紹的各種衛教研究或論述，無論是強調某些因素影響（例如對影響衛教各層面因素的討論）、釐清問題與優點（如 Milewa 等研究區分衛教脈絡與機制、使用者特質，或批判反思等），甚至成為指導方案（如 Kelly 與 Charlton 等研究探討衛教規劃與實作邏輯等），也都可能被引入實作，成為改變佈署的認識實作。例如，部分研究，像自我效能理論，介入臨床衛教實務發展特定關注改變實作的影響，相當明顯。

然而，盡信書不如無書，回顧越多衛教研究成果，我們可發現問題與介入可能性都是無所不在，反而可能無所適從。根本在於，必須先確認：我們身在何處？由這種層面定位衛教研究，也有助於凸顯社會學的角色。容我在此挪用本文開頭 Mol 的說法：包括衛教知識與研究在內，分析醫療—社會實作體制「不將任何事物視為理所當然或被給定」，而是因地制宜、因人而異地「用這些知識與技術」務實試驗與微調，以「尋找可以做什麼或改善我們與疾病共存的方式。」（Mol 2008: 55）這是必然源於在地（situated）、朝向在地、以定位在地差異為核心的研究方向。這呼應衛教領域對社會學的召喚（Hassali and Saleem 2014）。

由此，雖然多元文獻令人迷失，但反過來說，關鍵在於在地微

調。但這個在地，並非以單一實體化的被給定時空為基礎，而是多元且分裂的佈署造成的結果（Haraway 1988），其中當然包含多元衛教知識與研究在內所參與的認識實作。如此看待研究、在地與實作介入的關係，高度重視差異的 Haraway（2016: 1）提醒，是相當麻煩的一件事，必需要有相當準備：

與麻煩共存需要學習置身真正的當前（present），不將它視為一種在失樂園或悲慘過去與救贖或天啟式未來間消失中的軸心，而是與多重、未完成的地方、時間、物質與意義形構交纏、生命有限的小東西。

在本文脈絡，呈現各地樣貌與經驗的衛教文獻（當然也包括與之交纏的醫療社會學文獻，例如本文）都是這些當前現實之一。就此而言，本文成果提供兩種與這些文獻對話的思考方向：一種是單一議題的對話。本文分析的幾種佈署分析可能對不同衛教文獻與研究者，有不同意涵，這必須脈絡化其中的知識差異。對由宏觀因素或各種相關性探討衛教影響或成效者，本文呈現的不同佈署提供反思實作差異的觀點。對於已關注衛教規劃、實作邏輯或政策制訂者，本文的不同佈署（尤其是團隊與健康）呈現單一政策與專業指引下，各種脈絡化安排產生的新效果。對於強調特定衛教脈絡機制、使用者特質或實作歷程者，本文釐清各種衛教模式間的脈絡化動態關係，有助於不再過度樂觀地認定針對某些特質施力就有幫助，或是過度悲觀地認為某些狀況必然阻礙改變，而有機會刺激政策、專業與制度的想像力。

另一種方向，不是指認哪些差異或是哪些佈署，有助於對應或是挑戰現有衛教文獻，而是由動態地理解整體佈署的變化。事實上，以現有文獻之豐富，任何論點或發現幾乎都可找到呼應或是反駁的研究。因此，問題不是在結果，而是呈現在台灣當前、在地脈絡所發展的各種佈署之間，存在哪些可能與不可能。這是最根本地，體制分析必須強調體制，以更為明確地釐清看似台灣整體的趨勢下，各區域

（DT鄉）、院所、團隊（如RS、LG）的條件、安排與成果差異，以及各種佈署間的動態關係（例如RS與LG為何有類似理念卻有不同發展、各種佈署所關注以及實作後浮現的新關注，或是JC如何可能轉變其在地醫療與健康體制）。定位這些佈署與差異的動態關係，希望有助於提醒讀者讓既有文獻還原於其實作的在地與當前，想像單一文獻各自呈現的認識實作／成果背後也存在哪些不同動態佈署過程。

這可以借用Rose的地圖比喻更具體說明。由社會學脈絡敏感度出發的體制與認識佈署分析中，呈現為討論各種因素、政策藍圖、制度設計、衛教實作等文獻與報告的各種衛教研究，是一份份描繪各自在地醫療—社會狀況的地圖。儘管他鄉的地圖與繪製技巧值得參考，但我們身在不同時空，所以不應套用，也不應只偏重關注特定時空所發現的獨特地景。因為在某時空的問題、條件或效果不必然在另一處同樣實現，研究者與實作者都需要以繪製在地地圖的觀點，警覺地思考在地脈絡與差異。

（三）定位理論差異的體制分析

這延續到本研究希望拓展的理論化前景。本文的理論定位動員相當多取徑，而本文成果也程度不一地在各面向呼應這些理論。例如，經驗分析呼應Clarke的健康地景方向與Rose的當代地圖學，凸顯整體防治擴張中的不同樣貌。體制分析釐清的各種佈署方式不但直接地承襲STS研究者，如Timmermans、Latour、Mol等人對於脈絡化實作、不同邏輯與在地現實的關注，也希望推進Foucault期盼發展的生命歷史競逐。那麼，這種分析是否有其不同的前景呢？

為具體說明，再次用地圖比喻。首先，呼應上一點，體制分析取徑必須還原既有理論的在地地圖。如同上述指導衛教佈署的研究與知識都有理論基礎（或指引、價值），但是這些理論都是原生自特定認識方式在其原生脈絡連結在地實作，展現為特定論點／關注點（如醫療化的整體醫療佈署侵蝕社會、治理性的時代醫療—社會佈署轉變、STS關注異質科技物的生成，或是Porter的醫療價值理論）。因此，

閱讀理論也必須以繪製在地地圖的觀點，警覺地思考各種脈絡與差異。亦即，各理論的差異也就不單只是論點關係，更需注意到其脈絡化定位。

其次，體制分析承認普遍式知識、命題與論述的存在，但卻不能限於這些。關鍵在於能否落實、如何落實。因此它關注理論中的差異如何被問題化、改變，乃至促成新的差異，是一種關注他鄉與在地差異的取徑。仿效 Clarke 的提醒，理論不應被視為普遍、全稱或是可以直接翻譯套用的。當理論作為一種認識佈署移動到不同脈絡，必須正視其如何重新連結於在地認識—社會佈署，形成不同理解地景。

更具體地說，在實際操作上，面對理論，體制分析是以比對地圖的角度，重新描繪一張在地當前時空的認識—社會地圖。因為各地認識—社會狀態都是如同真實世界的地形，有起有伏，由各種異質認識實作構成。由此，無法期待抽象、標準化的指引、政策能有均質影響。同理，所有知識與理論都必須經過在異地結合異質實作（研究過程、社會論述、挑戰與論辯，或是團隊與活動安排）才能落實為各種關注點，發揮效果。因此，雖然本地學界對醫療化與去醫療化理論耳熟能詳、也能引用 STS 或 Foucault 理論強調因緣際會的多元實作。但是，以醫療化為例，如同 JC 所意識到的醫療化與藥療化，是融會臨床體會，混雜著連結偏鄉醫療體制、DT 鄉體育會、甩手踏步、運動處方等實作重新佈署，所落實的特定醫療化批判。如此，醫療化批判作為歸納異地現實佈署的模型（model of reality），是經由 JC 在本地脈絡化而成真，而非直接用以此指認或批判本地。

這值得研究者警惕與學習。因此，體制分析不滿足於提出本地醫療化或是去醫療化現象，必須具體探勘在地如何佈署（林文源 2015）？各種佈署有何差異（林文源 2017）？有何特定策略或效果（林文源 2012）？在地與原生案例差異如何造成不同認識佈署的特質、盲點，或是哪種理論化潛力（Lin 2013; 2017; 林文源 2012；2014；2018）？事實上，如上述分析，各種實務參與者多少都已理解並實踐這些議題，差別在於是否明確指認與論述，但唯有最後一項

（關於認識佈署）則是身為研究者最為重要且責無旁貸的任務。一旦研究者也忽略這些差異，套用理論的模型化現實（reality of model），不僅促成迷思化的佈署，研究者只是自毀立足點。盡信書不如無書：這不但喪失理論化在地的根基，更讓理論成為誤認台灣為異地、偏離在地認識與脈絡的根源。

因此，最後，在混雜多種實務與研究知識與理論的實作中，體制分析因此特別關注定位理論如何伴隨各種認識實作介入在地佈署。如 Mol（2002: 159）指出「醫療的認識（knowing in medicine）與關於醫療的認識（knowing about medicine）間的區別已經模糊。」這是本研究的核心，也適合藉此定位社會學研究的前景。

借用 Latour 的名言，各種理論都內在於其促成的醫療—社會現實。不能被視為既有理論（already theory）的後設醫療—社會（meta-medico-social）架構，而是必須作為認識實作（knowing in action），與其參與佈署的行動一同定位。同理，社會學不能只是引進外來理論、複製既有研究或是批判，而探討社會學理論討論也不再能僅是後設的整體歸納或批判，必須成為連接在地醫療—社會（infra-medico-social）的佈署。因此，如何釐清理論、知識與批判連結，與進一步介入，在地各種認識佈署，成為核心議題。

就此，體制分析取徑的建議是：研究在地實作不再尋找現有理論的複製、模仿或是誤差，而是帶入關注差異的知識，由在地脈絡瞭解既有知識、所發展的新知識與現實如何相互介入，彼此互為佈署。甚至，進一步釐清理論是否適當、接地氣（當然也存在差異），關鍵在於理論作為認識佈署如何與在地實作形成連結的方式與強度。這有許多不是研究者能掌握或預見的。例如，本文闡述並區分既有並存（各種）、改進（從啟蒙到成效）、批判（健康）的佈署連結，是否有助於創造新連結點，改變佈署，或只是被擱置？在此，本研究謹此釐清各種定位，其餘可能性則留待後續發展。

這並不容易也相當麻煩。因為這不如直接套用單一理論或指引一般簡單明瞭，需隨不同在地關注點差異，連結實作佈署的機遇

(contingency)，一次又一次繪製醫療—社會地圖。但更為自覺地探討既有知識如何連結與造成當前所在的現實，或許正是以經驗導向為基礎的社會學研究核心。

誌謝：本文初稿曾發表於奇美醫院、安慎診所、中山大學醫社系「醫學與社會」理論與實務研討會、台灣社會學年會。感謝林秀娟、鄭集鴻、曾凡慈、蔡友月、盧孳艷、邱大昕等師友的邀請與建議。本文為長期研究成果累積，感謝科技部的相關計畫之支持，更謝謝許雅筑、黃勝群、張君榮、吳晨音、吳映青、陳奧宇、曾柏嘉等研究團隊成員在田野、完稿與相關行政工作的協助。本文在最後完成過程也感謝《台灣社會學》主編與編委會、審查人的建議與協助。

參考文獻

- 王治元，2014，〈由糖尿病臨床照護需求看未來〉。《中華民國糖尿病衛教學會會訊》10(3): 26-29。
- 民生報，1984，〈自我照顧概念：慢性病院〉。民生報，第 7 版（衛生保健新聞版），3 月 26 日。
- 江怡德，2010，《中華民國糖尿病學會成立三十週年紀念專刊》。台北：中華民國糖尿病學會。
- 吳淑芳、蔡秀鸞，2009，〈談糖尿病衛教演進與未來發展〉。《源遠護理》3(2): 5-14。
- 巫菲翎、張媚、周郁文，2011，〈生活型態介入於糖尿病前期之社區照護系統性文獻回顧與應用〉。《長庚科技學刊》14: 57-66。
- 李尹暘、林麗娟，2008，〈醫病信任、結果預期及自我效能於糖尿病患自我照顧應用〉。《北市醫學雜誌》5(3): 304-319。
- 李玉蟬、吳淑芳、張月玲，2009，《糖尿病自我效能訓練團體輔導專業人員訓練手冊》。台北：心理出版社。
- 李怡慧，2016，「台灣糖尿病共同照護模式進展與執行」簡報檔。宜蘭：游能俊診所。
- 李智貴、沈茂庭、陳錦康，2008，〈The Effects of Providers' Perception of the Diabetes Disease Management Program on Their Participation〉。《台灣家庭醫學雜誌》18(2): 82-99。
- 杜秀容、蕭勝煌、黃勝堅、郭冠良、趙珊，2016，〈醫院型家庭責任醫師制度長者居家營養評估〉。《北市醫學雜誌》13(1): 80-88。

- 杜幸芳、馬素華、黃明達、莊峻鎧，1998，〈衛教合併行為修正策略對糖尿病人代謝控制的影響〉。《台灣醫學》2(1): 8-17。
- 汪宜靜，2006，〈我們是在浪費時間嗎？——衛生教育計畫評價〉。《中華民國糖尿病衛教學會會訊》2(2): 19-22。
- ，2015，〈糖尿病衛教新思維〉。《中華民國糖尿病衛教學會會訊》11(2): 27-30。
- 汪素敏、趙明玲、徐南麗，2016，〈糖尿病人自我效能、社會支持與自我照顧行為相關之探討〉。《健康與建築雜誌》3(2): 56-63。
- 林文源，2012，〈醫療化理論的後進國批判：以台灣慢性腎病治理的知識、專業與體制轉變為例〉。《台灣社會學》24: 1-53。
- ，2014，〈看不見的行動能力：從行動者網絡到位移理論〉。台北：中央研究院社會學研究所。
- ，2015，〈醫療化的實作本體論：台灣慢性腎病衛教實作的體制分析〉。《台灣社會學刊》57: 85-127。
- ，2017，〈醫療的政治性：從社會、知識到本體論政治與本地醫療實作的本體論政治研究題綱〉。《科技、醫療與社會》26: 115-184。
- ，2018，〈把疾病帶回來?!病患實作中的多元疾病客體化〉。《台灣社會學》33: 1-62。
- 林冠品，2004，〈與公衛護士互動關係感受、疾病知識、疾病態度與糖尿病自我照顧行為的關係〉。《台灣公共衛生雜誌》23(6): 479-486。
- 林紹雯、柯碧玲、陳素娥、陳明琪、張雅芬，2003，〈糖尿病共同照護網實施成效：中部某區域醫院為例〉。《健康促進暨衛生教育雜誌》23: 55-66。
- 林耀盛、吳英璋，2005，〈不同憂鬱傾向、年齡之糖尿病患者其風險覺知與情緒狀態的特徵〉。《臨床心理學刊》2(2): 64-75。
- 社團法人宜蘭縣愛胰協會，2016，協會家訪為病患製作用藥看板（長型物為針劑）（<https://www.facebook.com/dmsupport7/posts/677664349053376:0>，取用日期：2017年10月23日）。
- 邱淑媿等，2007，〈街頭巷尾的健康守護者：診所醫師群像〉。台北：行政院衛生署。
- 孫嘉慧、林秋菊，2014，〈運用健康知能概念促進慢性腎病患者自我管理〉。《護理雜誌》61(1): 105-110。
- 徐慧君、翁慧卿、林育慈、陳淑銘、李佩儒、李集美、劉姝妮、方淑音、張道明、蔡朝仁、李洮俊，2004，〈糖尿病患介入疾病管理在經濟面、臨床面及滿意度成效評估之初探——以南部某區域醫院糖尿病病患為例〉。《醫務管理期刊》5(2): 222-242。

- 財團法人糖尿病關懷基金會，2000，《糖尿病友的甜頭：可以任意取用的低熱量食譜》。台北：躍昇。
- ，2007，《糖尿病友自由吃》。台北：米樂文化。
- ，2017，《財團法人糖尿病關懷基金會 20 週年紀念專刊》。台北：財團法人糖尿病關懷基金會。
- 張純純、陳光文，2013，〈糖尿病門診候診病患之衛生教育需求〉。《中華民國糖尿病衛教學會會訊》9(1): 20-23。
- 許良豪、楊佳莉、施華菁、洪士奇、葉啓昌、高木榮，2016，〈醫院型家庭責任醫師制度個案健康狀況研究〉。《北市醫學雜誌》13(2): 141-150。
- 陳美芳、王瑞霞，2012，〈賦權於糖尿病個案自我照顧行為的應用——魔力策略〉。《護理雜誌》59(5): 68-73。
- 陳都文、王俊毅，2009，〈糖尿病共同照護網對偏遠地區中老年患者健康狀況之成效〉。《台灣公共衛生雜誌》28(4): 334-343。
- 陳滋茨、張媚、林艷君，1998，〈自我效能、社會支持與糖尿病病人居家自我照顧行為相關之探討〉。《護理研究》6(1): 31-43。
- 陳瑞菊、洪美玟，1997，《高血壓、糖尿病個案管理》。六版。台北：台灣省公共衛生研究所。
- 黃明珠，1993，《慢性病防治》（公共衛生自學教材 5）。六版。台北：台灣省公共衛生研究所。
- 黃滄儀、鄭惠美、沈德昌，1998，〈門診糖尿病患對糖尿病知識、態度、行為與糖尿病衛教需求之研究〉。《健康促進暨衛生教育雜誌》18: 25-35。
- 葉啓昌、洪若樸、鍾慧、高木榮、劉聿芬，2016，〈到宅訪視對糖尿病人血糖、血脂肪的影響〉。《北市醫學雜誌》13(1): 41-46。
- 蔡鴻儒、應立志、王萬琳，2016，〈病患滿意度之複迴歸分析〉。《若瑟醫護雜誌》10(1): 16-30。
- 衛生福利部中央健保署，2017，全民健康保險醫療品質資訊公開網，糖尿病醫療品質資訊（<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?List=4&Type=DM>，取用日期：2017 年 2 月 21 日）。
- 衛生福利部國民健康署，2016，《2016 國民健康署年報》。台北：衛生福利部國民健康署。
- 盧敬文，2016，《牡丹鄉衛生所醫護人員的工作世界》。新竹：國立清華大學社會學研究所碩士論文。
- 賴淑惠、林麗鳳，2014，〈飲食份量拼圖介入對糖尿病患飲食控制之成效探討〉。《醫務管理期刊》15(3): 228-242。

- 謝賢，2016，「糖尿病支持團體運作分享」簡報檔。彰化：彰化縣伸港鄉衛生所。
- 鍾遠芳、林宏達，2000，〈糖尿病衛教對病患知識、態度、行為及代謝指標的影響〉。《中華民國內分泌暨糖尿病學會會訊》13(3): 1-17。
- 鍾鎮鴻、黃俐穎、孫文榮，2016，〈醫院型家庭責任醫師制度：社區整合型照護模式之先驅研究〉。《北市醫學雜誌》13(1): 72-79。
- Agamben, Giorgio. 2009. *What is an Apparatus?: And Other Essays*. Translated by David Kishik and Stefan Pedatella. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ahmad, Farah, Jill I. Cameron, and Donna E. Stewart. 2005. "A Tailored Intervention to Promote Breast Cancer Screening among South Asian Immigrant Women." *Social Science & Medicine* 60(3): 575-586.
- Ahmad, Waqar I. U. and Hannah Bradby. 2007. "Locating Ethnicity and Health: Exploring Concepts and Contexts." *Sociology of Health & Illness* 29(6): 795-810.
- Arney, William Ray and Bernard J. Bergen. 1983 "The Anomaly, the Chronic Patient and the Play of Medical Power." *Sociology of Health & Illness* 5(1) :1-24.
- Audrey, Suzanne, Jo Holliday, and Rona Campbell. 2006. "It's Good to Talk: Adolescent Perspectives of an Informal, Peer-led Intervention to Reduce Smoking." *Social Science & Medicine* 63(2): 320-334.
- Béhague, Dominique P., Lydie G. Kanhonou, Véronique Filippi, Solange Lègonou, and Carine Ronsmans. 2008. "Pierre Bourdieu and Transformative Agency: A Study of How Patients in Benin Negotiate Blame and Accountability in the Context of Severe Obstetric Events." *Sociology of Health & Illness* 30(4): 489-510.
- Backett, Kathryn. 1992. "Taboos and Excesses: Lay Health Moralities in Middle Class Families." *Sociology of Health & Illness* 14(2): 255-274.
- Barker, Kristin K. and Cirila Estela Vasquez Guzman. 2015. "Pharmaceutical Direct-to-consumer Advertising and US Hispanic Patient-consumers." *Sociology of Health & Illness* 37(8): 1337-1351.
- Baum, Fran and Matthew Fisher. 2014. "Why Behavioural Health Promotion Endures Despite Its Failure to Reduce Health Inequities." *Sociology of Health & Illness* 36(2): 213-225.
- Berg, Marc and Annemarie Mol. 1998. *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Technology, and Bodies*. Durham and London: Duke University Press.
- Bloor, Michael. 2011. "An Essay on 'Health Capital' and the Faustian Bargains Struck by Workers in the Globalised Shipping Industry." *Sociology of Health & Illness* 33(7):

973-986.

- Borovoy, Amy and Christina A. Roberto. 2015. "Japanese and American Public Health Approaches to Preventing Population Weight Gain: A Role for Paternalism?" *Social Science & Medicine* 143: 62-70.
- Bush, Helen, Rory Williams, Hannah Bradby, Annie Anderson, and Michael Lean. 1998. "Family Hospitality and Ethnic Tradition among South Asian, Italian and General Population Women in the West of Scotland." *Sociology of Health & Illness* 20(3): 351-380.
- Callon, Michel. 1986. "Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay." Pp. 196-233 in *Power, Action, and Belief: A New Sociology of Knowledge?*, edited by John Law. London: Routledge & Kegan Paul.
- Chiou, Shu-ti, Hong-da Lin, Neng-chun Yu, Hsiu-kuei Hseuh, Ling-hua Lin, Li-tai Lin, Tzay-jinn Chen, and Mei-shu Lai. 2001. "An Initial Assessment of the Feasibility and Effectiveness of Implementing Diabetes Shared Care System in Taiwan - Some Experiences from I-Lan County." *Diabetes Research and Clinical Practice* 54 (Supplement 1): 67-73.
- Christopher, Williams. 1994. "Sex Education and the AIDS Epidemic in the Former Soviet Union." *Sociology of Health & Illness* 16(1): 81-102.
- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, Jennifer R Fishman, and Janet K. Shim. 2010. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Durham, NC: Duke University Press.
- Clarke, Adele E. 2005. *Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn*. London: Sage Publications.
- Crawford, Paul, Brian Brown, Brigitte Nerlich, and Nelya Koteyko. 2010. "Nutritional Altruism and Functional Food: Lay Discourses on Probiotics." *Sociology of Health & Illness* 32(5): 745-760.
- Davison, Charlie, George Davey Smith, and Stephen Frankel. 1991. "Lay Epidemiology and the Prevention Paradox: The Implications of Coronary Candidacy for Health Education." *Sociology of Health & Illness* 13(1): 1-19.
- Daykin, Norma and Jennie Naidoo. 1995. "Feminist Critiques of Health Promotion." Pp. 57-67 in *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, edited by Robin Bunton, Sarah Nettleton, and Roger Burrows. London: Routledge.

- de Weerd, Inge, Adriaan Ph Visser, Gerjo Kok, and Ed A. van der Veen. 1990. "Determinants of Active Self-care Behaviour of Insulin Treated Patients with Diabetes: Implications for Diabetes Education." *Social Science & Medicine* 30(5): 605-615.
- Delaruelle, Katrijn, Veerle Buffel, and Piet Bracke. 2015. "Educational Expansion and the Education Gradient in Health: A Hierarchical Age-period-cohort Analysis." *Social Science & Medicine* 145: 79-88.
- Djellouli, Nehla and María Cristina Quevedo-Gómez. 2015. "Challenges to Successful Implementation of HIV and AIDS-related Health Policies in Cartagena, Colombia." *Social Science & Medicine* 133: 36-44.
- Douglas, Jenny. 1995. "Developing Anti-Racist Health Promotion Strategies." Pp. 69-75 in *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, edited by Robin Bunton, Sarah Nettleton, and Roger Burrows. London: Routledge.
- Erwin, Deborah O., Michelle Treviño, Frances G. Saad-Harfouche, Elisa M. Rodriguez, Elizabeth Gage, and Lina Jandorf. 2010. "Contextualizing Diversity and Culture within Cancer Control Interventions for Latinas: Changing Interventions, Not Cultures." *Social Science & Medicine* 71(4): 693-701.
- Foucault, Michel. 1980. "The Confession of the Flesh." Pp. 194-228 in *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings*, edited by Colin Gordon. New York: Pantheon Books.
- Garrety, Karin. 1997. "Social Worlds, Actor-Networks and Controversy: The Case of Cholesterol, Dietary Fat and Heart Disease." *Social Studies of Science* 27(5): 727-773.
- Green, Gill, Charlie Davison, Hannah Bradby, Kristine Krause, Felipe Morente Mejías, and Gabriele Alex. 2014. "Pathways to Care: How Superdiversity Shapes the Need for Navigational Assistance." *Sociology of Health & Illness* 36(8): 1205-1219.
- Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14(3): 575-599.
- . 2016. *Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham: Duke University Press.
- Hassali, Mohamed Azmi and Fahad Saleem. 2014. "The Need of Sociology in Health Education." *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(6): 923.
- IDF. 2015. *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

- Janevic, Mary R., Nancy K. Janz, Julia A. Dodge, Xihong Lin, Wenqin Pan, Brandy R. Sinco, and Noreen M. Clark. 2003. "The Role of Choice in Health Education Intervention Trials: A Review and Case Study." *Social Science & Medicine* 56(7): 1581-1594.
- Jiang, Yi-der, Chia-hsuin Chang, Tong-yuan Tai, Jung-fu Chen, and Lee-ming Chuang. 2012. "Incidence and Prevalence Rates of Diabetes Mellitus in Taiwan: Analysis of the 2000-2009 Nationwide Health Insurance Database." *Journal of the Formosan Medical Association* 111(11): 599-604.
- Kelly, Michael and Bruce Charlton. 1995. "The Modern and Postmodern in Health Promotion." Pp. 77-90 in *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, edited by Robin Bunton, Sarah Nettleton, and Roger Burrows. London: Routledge.
- Kinnell, Ann Marie Kofmehl. 2001. "'So Why Are You Here?' Assessing Risk in HIV Prevention and Test Decision Counselling." *Sociology of Health & Illness* 23(4): 447-477.
- Krause, Kristine. 2008. "Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London." *Journal of Ethnic and Migration Studies* 34(2): 235-51.
- Lantz, Paula M., Richard L. Lichtenstein, and Harold A. Pollack. 2007. "Health Policy Approaches to Population Health: The Limits of Medicalization." *Health Affairs* 26 (5): 1253-1257.
- Latour, Bruno. 2004. "Why Has Critique Run out of Steam? From Matters of Fact to Matters of Concern." *Critical Inquiry* 30(2): 225-248.
- . 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press.
- . 2008a. *The Aesthetics of Matters of Concern*. Assen, Netherlands: Van Gorcum.
- . 2008b. *What is the Style of Matters of Concern*. Assen, Netherlands: Van Gorcum.
- Lauritzen, Sonja Olin and Lisbeth Sachs. 2001. "Normality, Risk and the Future: Implicit Communication of Threat in Health Surveillance." *Sociology of Health & Illness* 23 (4): 497-516.
- Law, John. 2017. "STS as Method." Pp. 31-58 in *The Handbook of Science and Technology Studies, Fourth Edition*, edited by Ulrike Felt, Rayvon Fouché, Clark A. Miller, and Laurel Smith-Doerr. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Lawton, Julia. 2003. "Lay Experiences of Health and Illness: Past Research and Future Agendas." *Sociology of Health & Illness* 25(3): 23-40.

- Lawton, Julia, Naureen Ahmad, Elizabeth Peel, and Nina Hallowell. 2007. "Contextualising Accounts of Illness: Notions of Responsibility and Blame in White and South Asian Respondents' Accounts of Diabetes Causation." *Sociology of Health & Illness* 29(6): 891-906.
- Lin, Wen-yuan. 2013. "Displacement of Agency." *Science, Technology & Human Values* 38(3): 241-443.
- . 2017. "Shi (勢), STS, and Theory: Or What Can We Learn from Chinese Medicine?" *Science, Technology & Human Values* 42(3): 405-428.
- Lowenberg, June S. and Fred Davis. 1994. "Beyond Medicalisation-Demedicalisation: the Case of Holistic Health." *Sociology of Health & Illness* 16(5): 579-599.
- Ludolph, Ramona and Peter J. Schulz. 2015. "Does Regulatory Fit Lead to More Effective Health Communication? A Systematic Review." *Social Science & Medicine* 128: 142-150.
- Markham, Wolfgang A. and Paul Aveyard. 2003. "A New Theory of Health Promoting Schools Based on Human Functioning, School Organisation and Pedagogic Practice." *Social Science & Medicine* 56(6): 1209-1220.
- McLeroy, Kenneth R., Daniel Bibeau, Allan Steckler, and Karen Glanz. 1988. "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs." *Health Education Quarterly* 15(4): 351-377.
- Metzl, Jonathan M., JuLeigh Petty, and Oluwatunmise V. Olowojoba. 2018. "Using a Structural Competency Framework to Teach Structural Racism in Pre-health Education." *Social Science & Medicine* 199: 189-201.
- Mikko, Jauho. 2017. "Contesting Lifestyle Risk and Gendering Coronary Candidacy: Lay Epidemiology of Heart Disease in Finland in the 1970s." *Sociology of Health & Illness* 39(7): 1005-1018.
- Milewa, Timothy, Michael Calnan, Stephen Almond, and Alethea Hunter. 2000. "Patient Education Literature and Help Seeking Behaviour: Perspectives from an Evaluation in the United Kingdom." *Social Science & Medicine* 51(3): 463-475.
- Mol, Annemarie. 1999. "Ontological Politics: A Word and Some Questions." Pp. 74-89 in *Actor Network Theory and After*, edited by John Law and John Hassard. Oxford: Blackwell Publishers.
- . 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.
- . 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London:

Routledge.

- Moore, Lisa Jean. 1997. " 'It's Like You Use Pots and Pans to Cook. It's the Tool': The Technologies of Safer Sex." *Science, Technology, & Human Values* 22(4): 434-471.
- Navarro, Vicente. 2002. "Health and Equity in the World in the Era of 'Globalization'." Pp. 109-120 in *The Political Economy of Social Inequality: Consequence for Health and Quality of Life*, edited by Vicente Navarro. New York: Baywood Publishing Company.
- Nettleton, Sarah and Robin Bunton. 1995. "Sociological Critiques of Health Promotion." Pp. 39-55 in *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, edited by Robin Bunton, Sarah Nettleton, and Roger Burrows. London: Routledge.
- Norris, Meriel, Pascale Allotey, and Geraldine Barrett. 2010. " 'I Feel Like Half My Body is Clogged Up': Lay Models of Stroke in Central Aceh, Indonesia." *Social Science & Medicine* 71(9): 1576-1583.
- Onyango-Ouma, W., J. Aagaard-Hansen, and B. B. Jensen. 2005. "The Potential of Schoolchildren as Health Change Agents in Rural Western Kenya." *Social Science & Medicine* 61(8): 1711-1722.
- Padela, Aasim I., Sana Malik, Milkie Vu, Michael Quinn, and Monica Peek. 2018. "Developing Religiously-tailored Health Messages for Behavioral Change: Introducing the Reframe, Reprioritize, and Reform ('3R') Model." *Social Science & Medicine* 204: 92-99.
- Philbin, Morgan M., Morgan Flake, Mark L. Hatzenbuehler, and Jennifer S. Hirsch. 2018. "State-Level Immigration and Immigrant-focused Policies as Drivers of Latino Health Disparities in the United States." *Social Science & Medicine* 199: 29-38.
- Prior, Lindsay, Pang Lai Chun, and See Beng Huat. 2000. "Beliefs and Accounts of Illness. Views from Two Cantonese-speaking Communities in England." *Sociology of Health & Illness* 22(6): 815-839.
- Reddy, Priscilla, Anna Meyer-Weitz, Bart van den Borne, Gerjo Kok, and Wies Weijts. 1998. "The Learning Curve: Health Education in STI Clinics in South Africa." *Social Science & Medicine* 47(10): 1445-1453.
- Robinson, Joan H. 2016. "Bringing the Pregnancy Test Home from the Hospital." *Social Studies of Science* 46(5): 649-674.
- Rogers, Kenneth. 2013. *The Attention Complex: Media, Archeology, Method*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

- Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rutledge, Scott Edward, Neil Abell, Jacqueline Padmore, and Theresa J. McCann. 2009. "AIDS Stigma in Health Services in the Eastern Caribbean." *Sociology of Health & Illness* 31(1): 17-34.
- Sams, Kelley. 2017. "Engaging Conceptions of Identity in a Context of Medical Pluralism: Explaining Treatment Choices for Everyday Illness in Niger." *Sociology of Health & Illness* 39(7): 1100-1116.
- Sanders, Teela. 2006. "Female Sex Workers as Health Educators with Men Who Buy Sex: Utilising Narratives of Rationalisations." *Social Science & Medicine* 62(10): 2434-2444.
- Sered, Susan and Amy Agigian. 2008. "Holistic Sickening: Breast Cancer and the Discursive Worlds of Complementary and Alternative Practitioners." *Sociology of Health & Illness* 30(4): 616-631.
- Singleton, Vicky. 2005. "The Promise of Public Health: Vulnerable Policy and Lazy Citizens." *Environment and Planning D: Society and Space* 23(5): 771-786.
- Skelton, Alan. 1998. "The Hidden Curriculum of Patient Education for Low Back Pain in General Practice." *Sociology of Health & Illness* 20(1): 96-111.
- Smith, P., A. Masterson, and S. Lloyd Smith. 1999. "Health Promotion Versus Disease and Care: Failure to Establish 'Blissful Clarity' in British Nurse Education and Practice." *Social Science & Medicine* 48(2):227-239.
- Strauss, Anselm L. 1993. *Continual Permutations of Action*. New York: Aldine de Guyer.
- Tanner, Susan, Maria E. Chuquimia-Choque, Tomás Huanca, Thomas W. McDade, William R. Leonard, and Victoria Reyes-García. 2011. "The Effects of Local Medicinal Knowledge and Hygiene on Helminth Infections in an Amazonian Society." *Social Science & Medicine* 72(5): 701-709.
- Ticao, Cynthia J. and Frances E. Aboud. 1998. "A Problem-solving Approach to Nutrition Education with Filipino Mothers." *Social Science & Medicine* 46(12): 1531-1541.
- Timmermans, Stefan and Rene Almeling. 2009. "Objectification, Standardization, and Commodification in Health Care: A Conceptual Readjustment." *Social Science & Medicine* 69(1): 21-27.
- Timmermans, Stefan and Steven Epstein. 2010. "A World of Standards but not a

- Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization.” *Annual Review of Sociology* 36(1): 69-89.
- Ward, Paul R., Cushla Coffey, and Samantha Meyer. 2015. “Trust, Choice and Obligation: A Qualitative Study of Enablers of Colorectal Cancer Screening in South Australia.” *Sociology of Health & Illness* 37(7): 988-1006.
- Weijts, Wies, Hanneke Houtkoop, and Patricia Mullen. 1993. “Talking Delicacy: Speaking about Sexuality During Gynaecological Consultations.” *Sociology of Health & Illness* 15(3): 295-315.
- Weitz, Rose. 1981. “Medical Norms and Medical Innovation: Adoption of Genetic Counselling and New Drugs among Primary Care Physicians.” *Sociology of Health & Illness* 3(2): 207-219.
- Westhaver, Russell. 2011. “‘A Kind of Sorting Out’: Crystal Methamphetamine, Gay Men, and Health Promotion.” *Science, Technology, & Human Values* 36(2): 160-189.
- Wight, Daniel. 1999. “Cultural Factors in Young Heterosexual Men’s Perception of HIV Risk.” *Sociology of Health & Illness* 21(6): 735-758.
- Williams, David R. and Michelle Sternthal. 2010. “Understanding Racial/ethnic Disparities in Health: Sociological Contributions.” *Journal of Health and Social Behavior* 51: S15-S27.
- Williams, Simon. J. 1995. “Theorising Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us?” *Sociology of Health & Illness* 17(5): 577-604.
- Wong, Glenn C., Virginia C. Li, Mary Ann Burris, and Yueping Xiang. 1995. “Seeking Women’s Voices: Setting the Context for Women’s Health Interventions in Two Rural Counties in Yunnan, China.” *Social Science & Medicine* 41(8): 1147-1157.
- Wright, Eric R. and Brea L. Perry. 2010. “Medical Sociology and Health Services Research: Past Accomplishments and Future Policy Challenges.” *Journal of Health and Social Behavior* 51: S107-S119.
- Wu, Shu-fang Vivienne, Mary Courtney, Helen Edwards, Jan McDowell, Lillie M. Shortridge-Baggett, and Pei-jen Chang. 2007. “Self-efficacy, Outcome Expectations and Self-care Behaviour in People with Type 2 Diabetes in Taiwan.” *Journal of Clinical Nursing* 16(11c): 250-257.
- Wu, Shu-fang Vivienne, Mei-chen Lee, Shu-yuan Liang, Yu-ying Lu, Tsae-jyy Wang, and Heng-hsin Tung. 2011. “Effectiveness of a Self-efficacy Program for Persons with Diabetes: A Randomized Controlled Trial.” *Nursing & Health Sciences* 13(3): 335-343.