

# 發現「遲緩兒童」： 科學認知、權力技術與社會秩序

曾凡慈

臺灣大學社會學研究所博士候選人

早期療育制度在 1990 年代正式引入台灣，使得「發展遲緩」作為新的身體類屬，成為必須儘早介入的對象。短短十餘年間，對遲緩兒童的發現工作集結成一個跨越多重社會界——整合社政、幼教／托、醫療、家長——的監管網絡，藉由各種科學技術物的中介，使兒童發展成為可見的、從而是可治理的對象。本文採用科學與社會秩序共同生成(co-production)的分析取向，從發展遲緩概念的移入與意義爭奪、科學主張與技術工具的使用，以及監管網絡的集結與穩定化等三個層次，來解明這個對兒童身體的新認知形式，集體發展凝視與跨界監管網絡如何相互構成。特別是科學知識與技術工具的角色，一方面徵召行動者參與監管並作為架接集體合作的基礎，另一方面，它們的效力與適當性，也是歷經在地的文化適應與社會協商的產物。藉由各種銘刻著發展知識的科技物、監管網絡的建制及其實作的例行化，每個孩童都被視為具有發展遲緩的風險，對早期童年身體的種種治理策略，也從而被正當化。

關鍵詞：醫療化、共同生成、常規化凝視、發展監管、治理

## Discovering the “Developmentally Delayed”: Scientific Knowledge, Power Techniques and Social Ordering

Fan-Tzu Tseng

*Department of Sociology, National Taiwan University*

An “Early Intervention” program was introduced formally into Taiwan in the 1990s, while making “developmentally delayed” a new category for identifying early childhood bodies to offer necessary health and education services. During less than two decades, a developmental surveillance network has been built across many different social worlds. Almost every child under age six is incorporated into this network of visibility. This research takes a co-production approach to elaborate this complex process, interweaving cognitive, cultural, social, political, and techno-scientific elements. Rather than giving causal priority to techno-science or society, I illustrate how the specific body images of early childhood and its material embodiments, and a surveillance network to collectively gaze upon children's development, have been co-produced. Besides constructing normalcy and disciplining normalization, science and technology can enlist different actors, including kindergarten and nursery school teachers, pediatricians and nurses, social workers, and parents, to engage in developmental surveillance and make sure their jobs remain coherent and consistent. However, these knowledge claims and technical objects have no inherent validity and reliability, which were at once products of social network and constitutive of forms of social life.

*Keywords: medicalization, co-production, normalizing gaze,  
developmental surveillance, governmentality*

衛生署國民健康局婦幼組蘇淑貞組長：「全民健保現在有提供兒童醫療保健服務，其中有一個項目包括兒童發展的評估，……基本上評估與篩檢的層次略有不同，評估涉及的是醫師的診斷，而篩檢並沒有要求一定要醫事專業人員來做，因為我們希望是大量地做，以求能發現遲緩兒童……」。

（立法院公報 2006: 294；底線為筆者所加）

## 一、研究背景與問題意識

「發展遲緩」與「早期療育」論述是在九〇年代正式引入台灣，<sup>1</sup> 透過 1993 年〈兒童福利法〉的修正，「發展遲緩兒童」成為新的社會類屬，迅速在台灣社會得以萌生與制度化，被視作急須儘早接受醫療介入的對象。特別是內政部兒童局<sup>2</sup> 自 1999 年 11 月成立以來，就一直將「辦理發展遲緩兒童早期篩檢」列為重點施政目標（黃碧霞 2006）。行政院衛生署國民健康局也傳承過去婦幼衛生研究所的業務，除了建立全國出生通報系統，加強篩檢與追踪高危險群，全民健康保險開辦後，兒童預防保健服務也由四歲以下六次擴充到七歲以下九次，並且必須同時執行發展狀況評估。除此之外，年滿兩歲的幼兒進入托兒所或三歲進入幼稚園後，每學期或每學年都會在各縣市社會局與教育局的要求之下，固定接受由老師施行的發展篩檢。因此，「理想上」，<sup>3</sup> 從出生滿一個月到進小學之前，一個嬰幼兒的身心發展會經歷至少十五次的檢查，九次在醫療院所，六次在幼托園所（如表一）。政府也明文規定其他與嬰幼兒相關的社會行動者應負起「發

1 1990 年代之前其實已有民間社福機構對身心障礙兒童進行早期療育，主要是由附屬於基督教會的組織，加上一群留學歸國的學前特教專業人員所帶動（周文麗等 2000）。只是這些觀念和實作並未被帶入公領域，形成具有合法性的論述。

2 兒童局乃根據 1993 年修訂的〈兒童福利法〉第六條規定而成立的兒童福利中央主管機關。該條文同時規定司法、教育、衛生等相關單位當涉及兒童業務時，應全力配合兒福主管機構。2003 年〈兒童及少年福利法〉制定公布之後，少年福利與權益事務也一併交由兒童局主責。

3 執行程度依各縣市政府資源多寡而有所差異，例如有部分縣市並未要求托兒所執行篩檢。

現」遲緩兒童並予以通報的責任，使得對「兒童發展」的監管(surveillance)成爲一個跨界合作的集體事業。從 2001 年以來，每年被通報疑似發展遲緩的個案數都逾萬人（如表二）。

表一 台灣 0-6 歲嬰幼兒的發展監管

嬰幼兒年齡	出生	一個月	二到三個月	六到七個月	九到十個月	一到一歲半	一歲半到兩歲	兩歲到兩歲半	兩歲半到三歲	三歲到三歲半	三歲到至四歲	四到五歲	五到六歲	六到七歲
發展監管	新生兒篩檢	發展診查	發展診查	發展診查	發展診查	發展診查	發展診查	發展篩檢	發展篩檢	發展篩檢	發展篩檢	發展篩檢	發展篩檢	
								發展診查	發展診查	發展診查	發展診查	發展診查	發展診查	

資料來源：筆者自製。

說明：「發展診查」指在醫療院所由醫護人員配合預防保健制度，依據《兒童健康手冊》進行檢查；「發展篩檢」則是在幼兒園所由老師進行，並且是以「學前兒童發展檢核表」爲篩檢工具。

表二 疑似發展遲緩兒童的個案通報概況（按來源分）

年別	合計	家長 監護者	保母	公私立 托兒所	社會 工作人員	福利 機構	公私立 幼稚園	學前特 教機構	衛生所	醫院 診所	其他
2003	13,231	1,185	16	2,445	991	1,314	627	40	3,404	2,609	600
2004	11,778	1,378	13	1,053	1,073	1,375	526	21	1,215	3,996	1,128
2005	12,176	1,198	10	1,006	779	1,351	427	27	1,071	5,902	405
年別	合計	家長監護者	托育機構	早療機構	社福機構	幼教機構	醫療機構	其它			
2006	12,688	1,151	1,016	343	2,879	679	5,910	675			
2007	14,250	1,161	969	325	2,410	1,048	7,637	700			

資料來源：內政統計年報(<http://www.moi.gov.tw/stat/year.aspx>)（讀取日期：2008/5/1）。

說明：2005 年之前與 2006 年之後使用的通報表對通報單位採取不同的分類系統。必須注意的是，表格中的「通報」數量，對象只是「疑似」遲緩的兒童，尚未經過醫學評估與診斷的程序。在國內早療制度的流程安排上，是要先通報到各縣市政府社會局轄下的通報轉介中心，再由個案管理員協助轉介幼童去接受專業的正式評估。

由此可知，從 1993 年發展遲緩與早期療育首度被納入〈兒童福利法〉（以下簡稱兒福法）以來，迄今不過短短 15 年間，跨部會的中央與地方政府以及社會各界，已經形構出一個多場址的(multi-site)、

綿密的監管裝配(surveillance assemblages) (Bogard 2006)，以求將每個六歲以下幼童都編進可見性(visibility)的網絡中。而在這個監管體系的運作中，使幼兒身心發展成為可見的機制，不再是依據民間傳統「七坐八爬九發牙、度晷過了走若飛」<sup>4</sup>的概略想像，而是轉向理想上依據大規模、標準化科學研究所制定的生長曲線圖、發展量表與相關篩檢工具，來考察孩子的身心功能進展；過去對「大隻鷄慢啼」的文化寬容，也逐漸被發展遲緩的風險所問題化。

本文試圖論證這個認知與制度實作的變遷過程，並非單純因為醫學知識技術或是兒童福利觀念進步的自然結果，而是與一連串知識、權力技術與社會組織方式的改變環環相扣。易言之，發展監管(developmental surveillance)作為防治發展遲緩的普遍性權力技術，必須解決兩個問題才能順利運作：首先是關於認知——什麼是「發展遲緩」？它不同於過去使用的「正常／障礙」的對立分類圖式，而是一種連續性的身體觀，從中萌生出「遲緩」這個新的身體類屬；其次是關於社會實作——要達到普遍防治，需要嬰幼兒相關社會團體的合作，但每個團體各具世界觀與日常任務，如何徵召他們分出心力來參與監管，且讓各自的視角保持一貫，生產的資料也能彼此匯整？

本文的立場是，這個對於嬰幼兒身體的特定認知方式，與呈現出這種身體觀的各種物質具體(material embodiments)（例如量表、曲線圖、檢核表等等），以及它們所衍生出、同時也深植其中的監管制度與日常實作，三者之間是一個共同生成(co-production) (Jasanoff 2004)的過程。這樣的分析取向，乃是為了回應當下我們所置身的複雜現實：在大多數的制度性實作、文化表達或是權力的操作中，科技都扮演不可或缺的角色。因而有必要打破過去科技決定論或是社會建構論<sup>5</sup>

4 這是關於新生兒周歲前重要時程與禮俗的台灣唸謠，全文為「出世三天就報喜，親戚朋友湊歡喜；滿月剃頭雞酒香，祭拜祖先感謝天；四月日，來收瀾，心肝寶貝趕緊大；七坐八爬九發牙，度晷過了走若飛」。「收瀾」為收涎，「度晷」為周歲之意。

5 Jasanoff (2004: 19)引用 Ian Hacking 的觀點，認為建構主義雖然沒有主張社會實體在本體論上優先於自然實體，也不會宣稱社會因素可以決定自然的運作，但至少在分析上，「社會建構」的確賦予社會某種因果優先性，在操作上也不易對稱考慮社會的與科學的構成要素。

的單向式簡化分析，強調科學知識生產與社會秩序構成(social ordering)是一個共同的過程，以拆解當代社會中科學、技術、文化、制度與權力的連鎖。在此，社會秩序的構成可理解為對人類行動的協作(coordination) (Barnett 2000)，由於社會生活中的知識根本上是分散的，每個群體都依據其在地知識從事社會行動；因此，當考慮到特別是跨場址的集體事業時，如何協作這些差異知識與行動，以形成穩定的共同認知與社會秩序，便成為必須回答的經驗問題。

準此，本文將考查台灣九〇年代之後對早期童年身體進行集體發展監管的社會過程，希望能藉由共同生成的觀點，從「發展遲緩」概念的移入與意義爭奪、科學主張與技術工具的發展與使用，以及監管網絡的集結與穩定化等三個層次，來闡明兩種變遷之間的接合：一方面是新的對早期童年身體認知圖式萌生，另一方面則是對嬰幼兒身體治理方式的改變。在其中，科技物的存在具有多重作用，除了建構身體的正常性(normalcy)與操作常規化(normalization)之外，還有助於徵召不同制度行動者參與監管，並且穩定化彼此的連結，使得不同的社會群體能在短暫的時間內，面對「發展遲緩」這個抽象、複雜且曖昧的概念，有效生產出可以相互溝通、彼此合作的共同理解，成為各界行使監管實作的基礎。「兒童發展」與「遲緩兒童」作為新的認知圖式與社會類屬(social category)，<sup>6</sup>也在此過程中逐漸取得普遍合法性，成為理解早期童年身體的重要類屬，並構築出一套治理嬰幼兒<sup>7</sup>的社會秩序。

6 這裡使用的「社會類屬」，並非如 Durkheim 與 Mauss 傳統中反映更深層的社會組織方式或象徵結構的分類(Durkheim and Mauss 1967)，而是透過國家或政治意志所中介的社會分類。相較於 Starr (1993)從歷史脈絡、集體行動與政治選擇結構等三面向來研究這種官方分類的生產與運作，本文想探討的則是針對「發展遲緩」這種社會類屬及其所寄居的對身體的新認知圖式，與一套新的對嬰幼兒人口的治理方式如何相互生成。也就是以更動態的方式去概念化社會類屬，強調其萌生與穩定化、鉅視與微視層次，以及知識與實作之間的連結。

7 事實上，對嬰幼兒的治理必然會連結到對親職的規訓，這個面向雖然重要，但卻比較不是本文所欲直接處理的範圍。本文希望聚焦在對兒童發展的集體監管，特別是發生在公領域中跨制度場域的集結過程。即便後半段討論到家長的發展凝視，也是視之為預防保健制度中發展診查的構成要素，作為整體監管網絡中的一個環節。

## 二、從「醫療化」到「科學與社會的共同生成」

「遲緩兒」的發現，牽涉到這個新醫學命名的建立與使用，及其定義如何被提出、協商與穩定化的過程。這是歐美醫療社會學領域中討論「醫療化」(medicalization)的典範性議題，批判醫療同時作為醫學—科學事業以及社會—文化系統的雙重力量，將愈來愈多人類生活中原本不被定義為疾患的行為或是生命事件，逐漸納入醫療管轄權的範圍(Conrad and Schneider 1992; Conrad 2007; Zola 1972)。從此，「問題」就會被以醫療術語來界定、使用醫療語言來描述、採取醫學架構來理解，或是以醫療介入來「處理」(treated) (Conrad 2007: 5)。

早年許多醫療化的經典論著，都將醫界視為推動醫學命名的主要舵手與獲益者（例如 Freidson 1970; Illich 1976）。然而，近二十年來陸續有不少研究挑戰這樣的觀點，顯示發動者也可能源自社會運動、病患團體、消費者（潛在病患）、藥廠，甚至生物科技或是醫療給付制度（例如 Barker 2008; Becker and Nachtigall 1992; Broom and Woodward 1996; Conrad 2005; Conrad and Schneider 1992; Furedi 2006），此時醫界則常常退居第二線，扮演提供診斷與治療的守門員角色。Peter Conrad 據以指出，醫療化的過程也許從來都不是所謂的「醫學帝國主義」(medical imperialism)，而毋寧說是一種集體的行動(Conrad 2007: 9)。不過他仍堅持整體而言醫療化的性質並未改變，只是「驅動機制」有所轉換(shifting engines of medicalization)，因此在分析上仍較偏向從特定的中心出發去追索行動路徑與後果，而未能進一步針對所謂「集體行動」提出新的解釋架構。

另外，Adele Clarke 等人(Clarke et al. 2003)則是認為自 1985 年之後開展出「生物醫療化」(biomedicalization)的新紀元。相較於傳統醫療化聚焦在闡述醫療權限擴張的文化過程，以各種案例呈顯出疾病的「定義」如何透過人類行動與互動而被建構，新的架構更重視各種醫

療相關的知識、技術及其組織形式的創新如何重構醫療化過程的每一個環節，並檢視對既有社會關係產生什麼影響。例如對新生兒的基因篩檢(Vailly 2006)，以及各種延長生命的新醫療技術(Kaufman et al. 2004; Shim et al. 2006)改變了人們對於生命、正常性、健康期望與家庭責任的看法。雖然生物醫療化的概念所聚焦的科學技術主要是臨床應用的生物醫學科技，以及改變醫療知識生產、散佈方式的資訊科技，但還是提醒了我們在研究一般性的醫療化案例時，也應注意到科技物扮演的角色。

回到本文的脈絡，在台灣，遲緩兒的發現（尚不涉及治療）正是一個非由醫療專業所發起，而主要是由身心障礙團體結合國家力量所促動的醫療化過程；「發現」的任務也非由醫療專業所壟斷，而是在政府社會福利部門主導下的一種集體事業；其中一個重要的發現手段——篩檢，工具是由心理師所編製，使用者也大多數非醫療專業人士（而是幼托園所老師、家長、社福機構的工作人員等等）。用來判定「發展遲緩」的標準，則主要是依據嬰幼兒人口的發展常模、或是比對發展心理學的理論，其身心狀況(condition)並不一定具有普遍被接受的病理學實體(pathological entity)，也未必適用生物醫學的定義。易言之，相較於後續的早期療育實作，「發現遲緩兒童」這個社會過程本身，的確與醫療專業的關係不那麼直接，<sup>8</sup> 反而更明顯是一個集結多種社會行動者的協作。

再者，要鑑別「遲緩兒童」必須先對早期童年身體建立「發展」的身體觀，然而「兒童發展」本身原是一個多面向、動態的複雜過程，並且具有寬廣的正常變異(normal variation)範圍(Sandler et al. 2001)；透過常規化凝視(normalizing gaze)與監管所欲防治的「發展遲緩」，則是概念傘式的疾患標籤與程度上相對的概念，<sup>9</sup> 而非立基於

8 對於被確認遲緩的兒童來說，發現、轉介與療育在制度安排與實際生活中是一個連續的過程，但對那些比例占大多數的正常兒童，只會反覆經驗到前半段以「發現」為目的的監管網絡，而不會接觸療育服務。故本文認為「發現」與後續的「轉介、療育」在分析上是可以切開的。

9 在台灣兒科醫學界，「發展遲緩」被定義為「一群異質性疾病、症候群或疾患的總稱」，也是「發展異常或可預期會有發展異常疾患的總稱」（鐘育志 2000: 51）。



生物醫學病理的精確疾病分類(Petersen et al. 1998)，這樣的性質使得人們必須更依賴各種科技物，才能「看見」整體與個別兒童的發展，並成為判斷與診治異常的依據。

因此，「發現遲緩兒童」這個醫療化過程，必須視之為一個社會的、文化的、政治的，同是也是科學技術的集體行動。然而，相較於過去醫療化論者經常抱持社會建構論的立場(Bury 1986)，本文更傾向 Sheila Jasanoff (2004)所主張：科學醫學的各種知識技術與在地的社會文化是一種共同生成的關係。易言之，科學知識與技術乃鑲嵌在既存的社會實作、認同、規範、論述、工具與制度中，同時也再生產或重新秩序化這些社會元素。Jasanoff 指出，這種共同生成取向意圖整合科技研究迄今累積的幾個重要理論觀點，並拓展與傳統社會政治文化研究的對話能力，以發展更適切的分析視角，來解明社會秩序（透過權力與文化所建構）與自然秩序（透過知識與技術來再現）之間的連帶關係。故對知識或技術的考察，必須探究同時牽連的社會秩序；欲檢視任何社會形態，也應一併追索知識的與物質的連結。

而究竟該如何分析科技與社會的共同生成？Jasanoff 整理出兩個理論化科技與社會交互作用的思考軸線：構成性共同生成(constitutive co-production)與互動性共同生成(interactive co-production)。前者關注新的科學事實、新事物或思想體系的萌生，並以法國學界的行動者網絡理論(actor-network theory)為出發點；後者則立基於愛丁堡學派的科學知識社會學(sociology of scientific knowledge)，強調科學與政治的互動，關心在已劃分界線的世界中發生的認識衝突。無論是哪一種共同生成的模式，科技物如何獲取可跨場址移動(portable)並且均可被理解(intelligible)的性質，<sup>10</sup> 以及為了回應在地脈絡，看似放諸四海皆準的科學都必然經歷文化調適，都是這個取向反覆探究的主題。

本文討論「發展」作為對早期童年身體的新認知圖式，讓人們據以歸類對正常或遲緩身體的觀察，以及這種新的知識生產與認識實

10 意即行動者網絡理論所討論的當科技物受到穩定的網絡支持，就可在該網絡空間中移動，同時保持不可改變的特質(immutable mobiles) (Latour 1990; Law 2002)。

作，如何因應在地的社會文化秩序，同時又重組新的制度結構——意即生產出一種對早期童年身體進行全面性監管的集體治理方式。因此構成性的共同生成將會是適當的研究進路，特別是它可以整合 Michel Foucault (1979a, 1979b, 1991, 1994)用以分析認知架構與權力機制轉變的概念，例如知識—權力(knowledge-power)、常規化凝視、生命權力(bio-power)、治理性(governmentality)等等；以及行動者網絡理論的諸多啓發性洞見：包括對稱性的視角——各種非人行動體(non-human actants)與人類行動者共同組織成異質性網絡以生產並穩定化科學「事實」(Callon 1986; Latour 1987, 1993; Law 1999)；以及行動本體論(ontology in practice)的立場（林文源 2007），即行動者與行動體的特質都不是預先存在並且固定的、而是作為整體網絡的產物，都會是闡明這個共同生成過程的認識工具。此外，本文的觀點也納入晚近的社會界架構(social worlds framework) (Clarke and Star 2007)<sup>11</sup>主張應分析各社會界（集體行動者所生產的論述）的互動，並強調不同集體行動者都有各自的觀點與工作進程(agenda)，不容易也不一定具有明確利益可被網絡的權力核心所轉換(translate)；即便能組成相對穩定的治理系統與同盟關係，仍可能持續存在小規模的衝突、多樣化的價值與能動性，以及一定的彈性詮釋空間。

簡言之，立基於醫療社會學領域既有的反省——醫療化應被重新概念化為一種集體行動的過程，並關注科技物的作用，本文認為，相較於醫療化論者偏好從部分行動者出發，追蹤其行動歷程及結果，構成性共同生成的分析進路更關切各種行動者與非人行動體連結成網絡的動態過程，因而能更細緻地闡明醫療命名如何被生產、傳佈與使

11 社會界架構雖然興起於九〇年代美國的科技與社會研究領域，然而在理論上承襲過去符號互動論的傳統，方法上則親近紮根理論，將「社會界」作為其基本分析單位。「社會界」定義沿用 Strauss (1978)的觀點：指一群在論述與行動上具有集體特性的行動者所組織而成的「論域」(universe of discourse)。Clarke 與 Star (2007)認為，此架構特別適於處理科學爭議或是學科成立過程。雖然這並非本文的研究主題，但本文仍分享他們對社會過程的認識論預設，因此使用社會界來討論發展監管網絡集結、「遲緩身體」作為「事實」的穩定化以及伴隨的社會秩序重組過程。故在本文中所使用的「社政界」、「教育界」、「醫界」等名稱，都是指涉不同的社會界。

用，以及其中的機轉如何運作。再者，它連結科學與社會的對稱性視角，不但更有力量論證出何以醫療同時是一個醫學－科學事業，也是一個社會－文化系統，兩造之間相互構成也彼此支撐，並藉由辯證性地關照科學與社會如何共同生成的過程，使我們對結構與行動、知識與實作、變遷與穩定化之間的關係有更深刻的理解。<sup>12</sup>

本文主要的研究方法是文獻檔案與論述分析，使用材料包括官方與民間相關機構組織的各種文件檔案與出版品、發展遲緩與篩檢的學術研究、媒體報導，以及相關網路論壇的內容。爲了更清楚掌握各社會界的觀點與技術使用，也輔以對主要行動者的訪談，包括兒童局與衛生局專員、幼托園所老師、公衛護士、特教學者、社會工作者共 11 位。此外，我也對特定事件進行田野觀察，主要是觀察 2007 年下半年到 2008 年上半年的發展篩檢活動，以及參與篩檢人力的培訓。

### 三、遲緩身體的認知與發現網絡的集結

過去從倡議團體角度來進行台灣早期療育(early treatment)（以下簡稱早療）政策過程的研究指出，台灣的早療觀念與制度源自一些身心障礙者家長、特教學者與實務工作者曾在美國接受過早療的經驗（陳嬾如 2003）。然而，無論是知識、技術或制度的創新或是跨脈絡的移植，都必然有社會適應的雙元過程，特別是它們要被視爲有效，倡議者必須能夠從在地的社會文化架構（包括規範、價值、信念等被認爲是整個社群所共享的要素）中援引具有正當性的要素(Berger et al. 1998)，來解釋與支持這個創新或移植的對象。經過這樣的在地合法化過程，被移植的概念、技術或制度，不再能保留原汁原味的樣態，而會呈現爲新的混生(hybrid)形式。

---

12 此處的理論討論方式受益於匿名評審的提醒與建議。

### （一）「發展遲緩」的概念挪用與意義重構

在美國，兒童服務的概念背景脈絡與兒童發展的科學研究之間有密切關係(Shonkoff and Meisels 2000)，特別是兩個重要的研究主題：自然(nature)和教養(nurture)間的爭議，以及照顧者與兒童間的早期關係。兒童發展的問題，從早年被建構為反映出天生稟賦與後天經驗競爭的簡單模式，到近期開始強調發展過程中重要的社會互動，這樣的轉折支持了主張改善環境的介入策略。特別是晚近有關早期腦部發展的神經學研究，使得早期童年作為發展關鍵期（主要是零到三歲）的假說獲得生物醫學證據的支持，也強化了對身心障礙「早期療育勝於事後補救」的信念。

準此，聯邦政府從二十世紀中葉開始發展對貧困兒童與青少年進行的「早期介入」(early intervention)服務計畫，希望藉由改善因經濟劣勢而帶來的文化剝奪(cultural deprivation)與健康問題，以打破貧窮循環(poverty cycle)，並在未來的兒童福利上獲取高報酬率。1970年代受到身心障礙者權利運動的影響，聯邦政府逐步擴大對障礙兒童的投資，並在1986年通過〈障礙兒童教育修正案〉(Education for All Handicapped Children Act Amendments; Public Law 99-457)，為所有身心障礙兒童及家庭提供全面性的早期介入服務，同時為兩歲以下幼童建立「發展遲緩」(developmental delays)的資格類別，以避免將發展中的障礙錯誤歸類或不正確的測驗與評估等問題。<sup>13</sup> 後來也考慮到標記障礙類別帶來的污名效果，因而進一步將「發展遲緩」擴大適用到九歲以下的兒童，並要求各州加速建立發展遲緩與障礙嬰幼兒的早期介入系統(Project Forum at NASDSE 1998)。

在台灣，則是到了1992年中華民國智障者家長總會（以下簡稱智總）成立，其中許多主要行動者曾在美國求學或工作過，他們的障礙子女也曾接受早期介入服務，因此回台後便結合分散在各縣市的相

13 原因是1980年代早期，幼教工作者與政策制定者注意到使用原本是為較大孩子設計的障礙類別來標記與分類幼小兒童可能會有問題，因為嬰幼兒的身心發展是未定的、複雜的動態過程，並不容易在這麼早期就確定是屬於某個固定的障礙類別(Project Forum at NASDSE 1998)。

關家長團體成立一全國性組織，以期為智障者建立一套完整的生涯規劃政策。初期工作目標為推動早期療育立法（雷游秀華 1992），相信若能把握「發展黃金期」，即早對特殊兒童給予療育，就能「減少其將來成為殘障、行為異常少年的可能」（民生報 1993/1/19）。

因此，智總所提出的「發展遲緩」概念，插入台灣社會過去對兒童身體慣用的二元對立架構（障礙／正常），在其間增生了新的「遲緩」類屬，並界定了新類屬與舊類屬之間的關係：現在的遲緩，將來可能發展成障礙；如果接受早療服務，便可能回歸正常。這個新類屬的創造，由於搭上兒福法頒布 20 年來首度修法的順風車，再加上福利法案本身具備高度正當性，容易得到跨黨派支持（陳熾如 2003），使早期療育法條得以不經任何檯面上的政治辯論便順利通過（參見立法院公報 1993），立即取得官方認可的合法地位。「發展遲緩」自此成為臨界性的身體類屬，一方面暗示原本被視為「非殘障」的兒童其實可能有遲緩現象，<sup>14</sup> 一方面也宣稱只要能接受早期療育，遲緩兒童也就有很高機會減輕障礙、甚至回歸正常。過去「正常／障礙」的互斥類屬也打破了邊界，成為「正常／遲緩／障礙」的連續性分類。

在將發展遲緩問題化為身心障礙先兆、必須儘快接受治療的同時，智總也必須正當化公權力對遲緩兒家庭的介入，因此一併建構出「不具相關知識」、「沒有警覺」、或是「不願面對……不願將孩子標記為殘障者」的父母親，以及「堅信大隻鷄晚啼」的祖父母形象（中華民國智障者家長總會 1994），<sup>15</sup> 否認大部分家長作為積極發現者的可能性，使得政府干預成為必須而且正當的手段。<sup>16</sup>

14 智總提出的說法是：一方面是因為當時殘障鑑定作業規定三歲以上能明確判定殘障等級者才能接受鑑定，因此三歲以下的高危險嬰幼兒，除非已經具有明顯可見的肢體或器官缺損，否則幾乎不會進入這套分類體系；另一方面，也可能因為家長不願面對孩子可能是障礙者的事實，所以在這種二元性的認知基模與制度安排下也不會去尋求鑑定（中華民國智障者家長總會 1994）。

15 後來的政策規劃者也沿襲這樣的看法，甚至譴責這些無知的或逃避的家長，以及既有制度上的不完善，「讓這些原本有機會恢復『正常』功能孩子受到阻礙，造成社會、家庭乃至兒童本身永遠的負擔」（萬育維 2000）。

16 由此可見，智總這個「家長團體」與「家長」並非觀點一致的行動者。根據社會界分析架構，社會界的劃分無關行動者的身分差異，而在於是否共享一個論域。在監管網絡的集結中，「家長團體」與政府社會福利部門立場近似，因而同屬於一個本文命名

1994年頒佈的〈兒童福利法施行細則〉將「發展遲緩」明文定義為「認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理技能等方面有異常或可預期會有發展異常之情形，而需要接受早期療育服務之未滿六歲之特殊兒童」（11條），這樣的定義直接沿用美國聯邦政府指示各州政府自訂發展遲緩兒童資格標準時必須涵蓋的五個面向，但在年齡範圍的劃定上，卻因為台灣當時已有〈特殊教育法〉為特殊學童（年滿六歲）提供通報、鑑定障礙類別與後續的特殊教育服務，<sup>17</sup>為避免資源重疊與權責不清（特教服務以教育部為主管機關，早療服務則因規定在兒福法中，故劃歸內政部主責），「發展遲緩」作為資格類屬（以及後續的檢查機制）便被設定在未滿六歲的早期童年。

由此可知，「發展遲緩」看似一種具有客觀實質的生理心理狀態，它被「問題化」的過程與界定卻是因應社會脈絡的：首先，這個身體／疾患類屬所適用的年齡範疇，表面上立基於兒童發展與所謂「黃金期」的科學學說，實際上卻是歷經身心障礙者權利意識興起、文化污名、政府的教育與醫療資源分配等各種社會要素的協商才能達成。再者，認知分類創生的特定機遇，使「發展遲緩」在台灣嵌入適用於全體兒童的〈兒童福利法〉，而非如美國脈絡是被建制在為特殊需求兒童制訂的各種特殊教育法案中，台灣的「發展遲緩」便意謂一種以全部兒童為對象的潛在風險，遲緩兒是接受療育的福利對象，而非如美國案例作為接受教育的權利主體。此外，為了讓早期發現與早期治療順利進入立法，倡議者在問題化「發展遲緩」的同時，一併建

---

為「社政界」的社會界，意圖結盟其他社會界，徵召個別家長接受發展遲緩的認知並參與發展監管的行列。

- 17 特教法服務的對象是身心障礙兒童，包括許多障礙類別，基本上是根據學習的需要，以共同的問題行為特徵或認知特質來分類。當老師在班上發現疑似特殊學童時，可通報各縣市政府教育局的「鑑定輔導委員會」安排特教老師來為兒童做評估，並安排後續的特殊教育服務。與早期療育推動的同一時期，教育部也開始發展「學前特教」，1997年重修通過的〈特殊教育法〉規定將特殊教育向下延伸至三歲，也增加「發展遲緩」為學前兒童專屬的新障礙類別。最主要的差別是，早期療育的發展篩檢是全面性的施作在所有孩子身上，特教的鑑定則是針對那些在幼稚園就讀且已被懷疑有身心障礙的學童。

構了無知或逃避或堅信「大鷄晚啼」等傳統信念的親職角色，使得這個對早期童年身體的新認知類屬一旦被認可，也就開啓了公權力介入原屬私領域的嬰幼兒照護與親子關係的門徑，爲日後鋪設集體監管的全面網絡奠定了認知與行動的正當性。

## （二）認知的爭奪與同盟網絡的穩定化

那麼，誰應肩負起發現遲緩兒童的任務呢？從前述的施行細則中可知，發現的工作一開始就被設想爲一個跨社會界合作的集體事業：「從事與兒童業務有關之醫師、護士、社會工作員、臨床心理工作者、教育人員、保育人員、警察、司法人員及其他執行兒童福利業務人員……發現有疑似發展遲緩之特殊兒童，應通報當地直轄市、縣（市）主管機關」。<sup>18</sup>在此，立法者設想這些人都從事與兒童相關的業務，故有機會在例行工作中找出疑似遲緩的孩子。但進一步推敲則可發現，不同工作場域可能觸及的「發展遲緩兒童」其實是很不一樣的對象：對醫療與公衛界來說，發展遲緩是在預防保健服務與家庭訪視的脈絡下發現到可能有某種生理疾患並導致發展異常的孩子；對幼教界來說，則主要表現爲學習上有落後的學童；對社政<sup>19</sup>與司法界來說，則是因爲家庭暴力或其他經濟不利因素致使兒童處於發展遲緩的風險中。正如蔡昆瀛提出「發展遲緩」有兩種不同的概念化方式：「兒童自身」(within-child)模型與「互動」(interactive)模型(Tsai 2004)，前者指的是以同年齡人口的發展常模或是發展階段理論作爲判斷依據，這也經常是醫療界與教育界對於兒童是否有遲緩的主要認知模式；後者則認爲兒童的發展過程與外在環境（特別是家庭狀況與父母行爲）息息相關，並主張特定的環境介入措施以免影響孩子未來的表現。正是這種對兒童發展持互動觀點的認知模式，爲社會工作人

18 2003年公布的〈兒童及少年福利法〉中，此法條修正爲「各類兒童及少年福利、教育及醫療機構，發現有疑似發展遲緩兒童或身心障礙兒童及少年，應通報直轄市、縣（市）主管機關」；意即將通報責任從個人層次轉到機構層次。

19 社政界指的是從內政部社會司、縣市政府的社會局與社會課，一直到民間的社會福利機構。

員、警察與司法人員提供了發現遲緩兒的正當理由。

這樣的法條制定，可被視為政府意欲建立一個跨社會界的、以發現遲緩兒為工作目標的行動者網絡，但在立法當下，作為對象的「遲緩兒童」概念本身是高度抽象的，除了「未滿六歲」這一點之外，沒有任何明確的操作型定義。<sup>20</sup> 理想上，不同社會界的人們可依據自身工作領域的知識、需求與限制來界定何謂遲緩兒童，反正通報後各縣市政府的轉介中心還會安排正式的評估診斷程序；事實上，概念的模糊卻使得各界對工作共識的爭論與對同盟關係的反抗成為可能。正如有精神醫師質疑法條中對發展遲緩的定義不明，「會使從事實務者無法客觀地以量化方式衡量孩子在『心理社會』層面的發展情形，……警察、司法人員（工作手冊……還提及「村里幹事」）」<sup>21</sup> 如何去發現有疑似發展遲緩之特殊兒童，以常理推測這是很少有機會的情形，甚至是不可能的差事」（徐澄清 2003: 6）。而在 2003 年公布的〈兒童及少年福利法〉中，警察與司法人員不再被賦予監管者的責任。這樣的轉變，不只意謂失去警政與司法系統作為參與發展監管網絡的同盟，也代表「發展遲緩」概念彈性空間縮減，「兒童自身」模型成為台灣理解發展遲緩的潛在主導模型。<sup>22</sup>

一方面，認識主張（孩子的發展應以客觀量化方法來衡量）的有效性本身就與主張者的社會權威位置（精神科醫師）息息相關(Shapin and Schaffer 1985)。當精神科醫師對法條定義與發現者資格的質疑，總是扣緊應該使用某種工具，以及應對非專業的責任通報者「做包括實習在內的足夠期間之訓練」（徐澄清 2003: 6），這樣的主張正可被

20 指兒福法細則中規定之「發展遲緩……指認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理技能等方面有異常或可預期會有發展異常之情形，而需要接受早期療育服務之未滿六歲之特殊兒童」。

21 括號內文字為原文所有；工作手冊指的是兒童局補助編印〈發展遲緩兒童早期療育工作手冊〉作為實務工作者的指南。

22 可比較〈兒童及少年福利法〉中對兒虐事件的通報規定，警察與司法人員仍為責任通報人，兒童局也正在研議將村里幹事納入責任通報的範圍，理由是「基於村里幹事熟悉地方事務且於社區中活動」（內政部兒童局 2007）。當然無須贅述兒童受虐總是互動之下的結果，但這樣的對照可揭示在精神科醫師眼中以及後來的法條修正，「遲緩兒」不被預設要以互動模型來加以指認。



視為精神科醫師對專業領域的劃界工作：遲緩兒被界定為必須以發展常模來辨識，並且只有具備一定訓練的人員才能操作量化工具來負起發現任務。<sup>23</sup> 如同以權力論的立場來解析專業地位的獲致與維持，最常被動用的機制往往包括對問題的重新定義、對技術與工具的使用規範，以及對教育制度或訓練過程的界定（吳嘉苓 2000）。

在另一方面，正如 Joan Fujimura (1992)強調要建立一個具有跨社會界穩定性的科學「事實」，經常必須借助理論與標準方法的整合，才可能強化對「事實」的共識，限縮不同團體各說各話的空間。發展遲緩的身體作為一個「事實」亦然，如果能將「遲緩」的概念與標準化的評估與判斷方法結合起來，將有力於建構一個相對穩定的定義，引導後續的工作推展。相較之下，建立在常模與發展理論的「兒童自身」模型，由於更容易與標準化工具結合，因此在概念的意義競爭上是相對有利的。相較於美國對早期介入的認知與工作方法很大部分建立在強調與環境互動的兒童發展研究上，並且是以打破貧窮循環為初衷；台灣的「發展遲緩」概念則是內含在推動身心障礙者早期療育的套裝中正式提出。一方面，迫切任務導向的脈絡，使得便於標準化、降低爭議的定義較容易在認知的爭奪中「勝出」；醫療化的訴求，<sup>24</sup> 更強化了以醫界慣用的兒童自身模式來作為認知依據；再加上本土缺乏長期對兒童發展的相關知識論辯，便使得主張改善環境的互動模式觀點相對容易被忽略。<sup>25</sup>

1994年起，內政部委託學界進行相關制度規畫（萬育維、莊凰如 1995；萬育維 1997），並舉辦「全國發展遲緩兒童早期療育服務研討會」，由台北市立婦幼醫院心智科主任鄒國蘇提出初步的工作構想，主張善用健兒門診來篩檢零到三歲嬰幼兒，三到六歲遲緩兒的發現則

23 以上對專業領域劃界，以及後面各社會界對遲緩兒認識與處理立場歧異的政治性等討論，均受惠於匿名評審的提醒。

24 最明顯的例子表現在台灣以「早期療育」來命名，而非沿用美國的「早期介入」。

25 後續的經驗研究中也發現，第一線工作者的幼教老師與社會工作人員，對遲緩兒的認知或服務其實也都是偏向「兒童自身」的理解模式（Tsai 2004；周月清、許昭瑜 2004）。

由主管幼稚園、托兒所與保母的教育及社政單位主責，並由衛生單位協助（內政部 1996）。1997 年，內政部公布了「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」，明文規定各縣市政府的社會局、衛生局與教育局都應該辦理發展遲緩兒童的通報，負責的機構或人士包括：(1)社會局主管的公、私立托兒所、兒童福利機構、一般家長、監護者與保母、社會工作人員；(2)衛生局主管的產前檢查、新生兒篩檢、兒童保健、公共衛生與醫療院所發現個案；以及(3)教育局主管之各公私立幼稚園與學校及學齡前特殊兒童教育機構等等。附則中並要求各相關權責單位必須訂定細部計畫，最遲在 2001 年就必須全面實施。

然而，期待中的合作並非一開始就順利實行無礙，由於每個社會界都有自己的在地知識與工作任務，對「遲緩兒」的發現因此會依據各集體行動者所鑲嵌的物質與社會脈絡而具有不同的意義與重要性，不易取得共識。例如在初期進行「發展遲緩兒童早期療育實驗計畫」階段，以內政部跟智總領銜的社政界，一方面爲了與既有已從事學齡前身心障礙幼兒療育的社福機構作區別，一方面也相信唯有規模性地找出位於臨界點的遲緩兒童，方能建立一個從發現、轉介到評估療育的完整模式，以作爲政府後續施政的依據。正如某協會主任表示：「實驗計畫不應只限定五十名個案，應採大量的評估鑑定方式，以現實面去 try，呈現出現有的問題，拿出實際的數據向政府施壓，推動政府去做」（內政部、中華民國智障者家長總會 1996: 90）。因此社政界傾向把「發展遲緩兒童」界定爲「未曾領有殘障手冊的臨界兒童」；而對醫界來說，當時療育單位與資源極爲有限，因此主張先讓「已領有殘障手冊的孩子」（即已被鑑定爲身心障礙）接受療育服務，而不主張去發現未被確認為障礙的兒童。對他們來說，將已領有手冊的孩子排除在實驗計畫之外是不合理也未必公平的，並且在實作上，「發現比較不是問題，只是如何消化，現在（問題）是……發現個案都無法處理好」（內政部、中華民國智障者家長總會 1996: 80）。而對教育界來說，則是原本就存在著由〈特殊教育法〉所規範的「鑑定輔導制度」，來通報特殊學生、鑑定障礙類別並根據學習需要來提

供特教服務，不見得認同社政界企圖「另構」一套從發現、診斷到療育的工作模式。教育界的立場毋寧是希望早療計畫能與他們正在推動的學前特殊教育相互整合，但因為後者施行對象無法涵蓋那些未進入幼稚園的兒童（易言之，教育界認定的「發展遲緩兒童」還限定必須就學的狀態），<sup>26</sup>多數孩子入幼稚園的年齡又略晚於所謂早療的「黃金期」（零到三歲），使得整合的理想並不易得到共識。

這個關於「對象」的爭議並沒有延續太久，主要是由於實驗計畫的主導權與經費都掌握在社政界手上，雖然還是可以看見不同行動者對認識對象的界定總是有著詮釋的彈性。事實上，根據當時通行的兒福法定義，遲緩兒童當然包括那些已被鑑定為身心障礙的未滿六歲兒童（意即「發展遲緩」應包含「未滿六歲的身心障礙」，也無論是否就學），但在實作上，卻可能因為各社會界的脈絡因素（包括工作目標、資源配置、規範架構與既存的工作模式）而有不同的派定方式。然而，隨著實驗計畫結束，社政界結合醫界逐漸發展出一套新的早期療育的工作模式，但針對那些正在就讀幼稚園、疑似發展遲緩的孩子而言，早期療育系統跟特教界的鑑定輔導系統之間的關係一直是暗潮湧動的。<sup>27</sup>

## 四、知識、技術、任務與組織的共構

從相關文獻檔案中可以發現，從法令通過到 1997 年整體的早療服務正式上線，第一線工作者在實務上不知如何區辨正常兒與遲緩兒，甚至遲緩兒與障礙兒一直是個大問題（台北市政府社會局、中華民國智障者家長總會 2000）。特別是 1996 年後開始流行發展遲緩的

26 值得一提的是，因為特教法規定以「身心障礙學生」為適用對象，因此在教育界裡，「發展遲緩」的類屬被置於「身心障礙」的範疇之內，被分派給那些六歲以下尚無法被確認為其他障礙，但需要接受特教服務的學生。

27 最大的衝突點其實會發生在確認遲緩之後，孩子需要復健治療與特教服務，特教人員與醫療人員之間如何進行專業合作的問題。但因本文處理的面向在發現系統，因此不納入療育的討論。

盛行率宣稱，建構了我們對遲緩兒存在總數的想像，也提升了人們對發現工作的效率要求，低落的發現量愈來愈不能被容忍。準此，一種適於非專業者使用、可以進行大量篩檢的工具應脈絡而生，使得進行監管的社會組織方式因而重組。正如 Clarke 與 Fujimura (1992)指出，「工具」(tool)、「任務」(job)與相互搭配的「適當性」(rightness)都是透過情境中所有元素的相互作用共同構成，這段社會過程包含了框構(frame)問題、組織安排、標準化與穩定化各要素以延續集體行動，彼此之間都是相互交疊與鑲嵌的。

### (一) 建構知識，建構世界

數據經常是人們用以認識世界的方式。透過數據，不但使得人事物成為可計算的對象，還可能藉由這樣的計算，生產、製造出特定類型的規訓主體(disciplined subjectivity)；當數據被等同於事實，更成為一種名義與干預的藉口(Nikolas Rose, 轉引自姚人多 2001)。而這種建構數據的行動不只來自政府，隨著現代國家日益信任客觀化數據以作為公共政策的決策依據(Porter 1995)，社會福利運動倡議者也經常使用廣大適用人口數的修辭策略，來建立資源重分配的正當性(參見邱大昕 2008)。在台灣早期療育推動過程中，最遲從 1996 年開始流行起對「發展遲緩盛行率」的知識宣稱——根據世界衛生組織(WHO)估計，發展遲緩兒盛行率為 6-8%——並衍生出據以推論在地潛在遲緩人口數的數學公式(如下)，對於早期童年身體監管網絡的構成，扮演了不可或缺的促動角色。

根據 WHO 估計，發展遲緩兒盛行率為 6-8%：

- (1)本地每年新生兒數X，以 7%計之，每年約增加  $X \times 0.07$  名發展遲緩兒。
- (2)本地 0-6 歲人數共 Y 名，如今已領障礙手冊(或已被通報疑似遲緩)之未滿六歲兒童有 Z 名，因此，一共還有  $Y \times 0.07 - Z$  位遲緩兒還沒有被發現。

這個盛行率公式從 1996 年被提出並見報，<sup>28</sup> 之後就開始被大量流通與使用。許多學術研究、政府檔案乃至於一般報章雜誌報導，均如是主張發展遲緩在台灣盛行率，<sup>29</sup> 使它獲取相當強大的專業社群背書效果。一方面 WHO 作為被假借的權威盟友，一方面這些引用者有國民健康局與兒童局官員，社政、醫療、特教學者與專業人士，以及平面媒體記者，他們掌握了言說的權力，左右行政資源的分配與制度運行，參與建構了台灣當前對發展遲緩兒的認知與實作。此外，這個公式所推算出的數字通常相當驚人，使得一方面有了號召更多社會界參與發現遲緩兒的正當性，也讓發展遲緩作為一個社會問題顯得更急切與嚴重，因此整體的工作目標逐漸變成不但要發現，並且要發現得夠早且夠多。公式本身還能「因地制宜」，為每個在地情境計算出想像中的發展遲緩兒童人數，因此能強化了各個地方機構的參與動機與實作。上述因素都促進了各社會界對此公式的挪用，我在田野中甚至發現有些地方縣市的通報轉介中心<sup>30</sup> 會以 6% 作為推動發現工作的年度目標，實際發現的數量也幾乎都是各工作單位被上級考核的指標。在中央，立委也會以此盛行率數據來質疑相關部會的工作效能（立法院公報 2006）。正是在這樣的脈絡下，有必要建立認知兒童身體並加以判斷的標準方法，使個別行動者都能使用相同技術以對兒童進行一貫性的監管與分派。值此之際，適於非專業者使用來大量篩檢的「學

28 我所追蹤到最早提出這個宣稱的脈絡是台北市政府社會局五科科長師豫玲在 1996 年內政部主辦的「全國發展遲緩兒童早期療育服務研討會」中報告「如何建立發展遲緩兒童早期療育通報與轉介系統——以台北市為例」，就是以此數據來開宗明義，並據以計算出：台北市共有 17,000 個發展遲緩兒，平均每年增加 2,400 名，還有 93.8% 急需被發現（內政部 1996: 28）。隨著同一年台北市早期療育委員會成立，將此推論公式與計算結果發佈新聞稿見報（聯合報 1996/12/29），這個公式就開始被大量使用。

29 但必須特別指出的是，這些文獻（包括學術性期刊論文在內）中，超過半數作者並未註明引用來源，彷彿這個盛行率數據本來就是「事實」，甚至成為「常識」，不值得援引參考文獻。而在另一半文獻中，即便有徵引出處，但經按圖索驥之後發現若非數據誤植，就是原始資料非學術作品或已無流通，這些三手的引用本身還被其他文獻四手、五手引用。因此，根本無從得知這個影響台灣早療的制度形構甚鉅的盛行率估計是如何、在哪裡、什麼時候計算出來的（可參見朱鳳英 2007；金幼婷、卓妙如 2003；紀金山、宋民麗 2004；孫世恆、楊玲芳 2006；徐澄清 2004；翁菁菁、鄒國蘇 2005；梁媽純、邱瑞金 2006；許靖敏 2002；黃碧霞 2006；萬育維 2001；廖華芳 1998；廖華芳等 1999；廖靜芝 2002；潘信良 2002；蘇淑貞、李美慧 2006 等等）。

30 遲緩兒進入早期療育體制的流程是發現、通報、評估、治療。各縣市都有設置通報轉介中心，主導發現與通報工作，並會安排轉介後續的評估與治療。

前兒童發展檢核表」應運而生，為這個社會的問題提供了科學技術的解答。

（二）標準化技術與工作網絡的加速

早在 1996 年，台北市即組織跨界的早期療育服務規劃小組，開始發展從發現到療育的整套制度安排與實作模式，並在 1998 年 10 月成立「台北市早期療育綜合服務中心」，同時委託榮民總醫院的鄭玲宜心理師設計「台北市學前兒童發展檢核表」以進行發展篩檢。1999 年起，市政府全面推廣使用此檢核表，除了由衛生局主動印製分送全市醫療院所使用之外，也組織團隊到托兒所、幼稚園進行篩檢。從下表三的統計中可以發現，自從有了檢核表，篩檢人數從 1997 年不到五百人，爆增到 1999 年將近五萬人，疑似遲緩被通報的人數更出現令人驚異的成長量。

然而，效率的提升並不能歸因於只要有標準工具一切就水到渠成，鄭玲宜曾提及：「（早年）去衛生所看的時候，送去的檢核表就

表三 台北市「學前兒童發展檢核表」推廣、篩檢與通報概況

年 項目	1997	1998	1999- 2000 上半	1999 下半 -2000	2001	2002	2003	2004
發展檢核 表印製數	0	20,650	100,000	無資料 <sup>a</sup>				
篩檢人數	610	2,975	47,298	95,625	99,937	102,763	115,321	109,362
通報人數	97	831	7,783	4,787	3,000	793	582	1,249
確認遲緩	共 4075			無資料		55	45	48

資料來源：1997-1999 年引自朱鳳英(2000)；2001 年後的資料為本文作者依《台北市衛生醫療年鑑》（台北市衛生局 2002, 2003, 2004, 2005）整理而得。

說明：《台北市衛生醫療年鑑》的通報人數是記載台北市衛生局所屬單位該年度的工作成果，按早療制度社政、衛生、教育系統的分工，這裡呈現的篩檢與通報人數應只包含兒童到醫療院所就診時被發現的數目，而不包括台北市其他場址、其他機構的相關工作。雖然數據不完整，但本文在此仍使用這份資料，理由是它比兒童局的資料多了篩檢數，比國健局資料多了確診數，因此可看出：(1)檢核表對於促進大量篩檢的助益；以及(2)對照通報數與確認遲緩數的差距，顯示出這份檢核表偽陽性高的問題。

<sup>a</sup> 雖無數字資料，但印製該份檢核表並分送醫療院所已是台北市衛生局健康管理處的例行業務。

是一整堆疊在那裡都沒人做，看了就很心疼……」（田野筆記 2007/10/20）。正如 Geoffrey Bowker 與 Susan Leigh Star (19999) 所言，要進行複雜的集體計畫，必須先部署(deploy)一套標準以超越物理距離與異質的在地知識，但這套標準的效力經常需要管制單位強制規定。為了推動發現系統，社會局與教育局行文所屬托兒所與幼稚園，要求老師例行性地為幼童進行篩檢，完成的檢核表要上繳以作為園所年度評鑑的參考；衛生局則是訂定標準作業流程與通報醫師獎勵制度，以落實零到三歲嬰幼兒在進行預防注射或健康檢查時必須同時實施發展檢核；2003 年起，家長還可以憑檢核表向市府申請額外的醫療補助費用。由此可見，社會界的參與並非擁有技術工具就能達成，他們各自的動機及利益並非一開始就給定的；行動者的承諾，總是與各種科學知識與技術物的生產以及制度的建立或改變互為支持。

在 2000 年台北市舉辦的「中外早期療育服務經驗交流研討會」裡，許多地方縣市都分享了在地經驗，但相較於台北市有將近八千個累計通報數，其他地區的個案量都不到五百人（台北市政府社會局、中華民國智障者家長總會 2000）。爾後，開始陸續有其他縣市相關機構向台北市請求授權使用這份檢核表。2003 年國民健康局責成各縣市衛生局，透過衛生所預防接種及家庭訪視，加強辦理「兒童發展篩檢及疑似個案追蹤管理計畫」，並「依據專家會議研商結果」，建議統一使用台北市學齡前兒童檢核表作為篩檢工具（蘇淑貞、李美慧 2006），<sup>31</sup> 此外並補助鄭玲宜對這份工具進行信效度研究，<sup>32</sup> 在 2006 年 12 月推出修訂版，以期減少原版本偽陽性(false positives)高而導致過度轉介的問題（可參見上表三）。<sup>33</sup> 一般民衆也可自行從「台北市

31 雖然如此，有部分縣市（包括台中、彰化、高雄）的衛生局仍維持使用過去的工具「丹佛發展篩檢測驗」（Denver Developmental Screening Test, 簡稱 DDST），並重新培訓衛生所工作人員（田野筆記 2008/1/17）。如其名所示，這個工具是根據美國丹佛地區嬰幼兒發展常模所設計，並未建立本土常模，而且限定培訓過後的專業人員才能使用。

32 該研究結果只供內部參考，未正式發表。

33 對於偽陽性（篩檢結果異常但實際正常）的看法，鄭玲宜自己認為，「大量篩檢不能太嚴格，灰色地帶還是需要關注。……有時候甚至說……被誤判的小孩，其實也不是那麼『沒問題』」（田野筆記 2007/10/20）。國外同樣也有學者認為，發展篩檢主要訴求應是高敏感度，務求「偽陰性」（篩檢結果正常但實際異常）的比例降到最低，才

早期療育綜合服務網」<sup>34</sup>下載檢核表。整體來說，可謂國內目前取得門檻最低、通行率最高的發展篩檢工具。

前面提到「發現」作為一種被期待是跨界的集體合作事業，但對「遲緩兒」的認知乃因應各自社會界的實作脈絡，因此，如何確保這樣的「發現」具有可靠性(reliability)？在此，標準方法的部署便產生了強大貢獻。「發展遲緩」概念的模糊，一方面在於它的複雜：不但包含動作、認知、語言、社會性與自理性等五種發展領域，並且是隨著生理年齡的增加而在不同面向上形成各種功能表現；另一方面在於它的程度：也就是正常與遲緩之間如何劃界，什麼樣的落後是可接受的，什麼樣的表現則是需要立即介入。台北市學前兒童發展檢核表，藉由區分出不同的年齡分表（從四個月大到滿六歲，共區分出 13 個年齡層），克服了分辨發展階段的困難；每個分表都藉由簡短的 11 到 13 題，指明了被認定是「發展里程碑」的動作、認知、語言、社交情緒等行為，填答者只要勾選「是」或「否」即可。在常規化裁決上，設計者依據發展理論與參照國外的發展常模，將 90%同齡兒童可以達到的功能視為正常的界線。在施測過程中，若有兩個以上未能達成的項目，或在某些被標示為特別重要的題項上有一題以上未能達成，就被判定為疑似發展遲緩，需要進一步到醫院由專業醫生進行評估（鄭玲宜 2007）（見圖一）。

檢核表作為一種對「發展遲緩」進行標準化篩檢的知識技術，施測時間很短，而且使用門檻很低，不需要由專業人員來操作，甚至可以由照護者依平常與兒童相處的經驗直接填寫。因此不但很容易將篩檢任務安插進各社會界既有的工作時程中，以標準化問項為主的檢測方式，也有助於確保收集到的資訊能夠超越時間、空間，施測者與受

---

算達成篩檢的目的(Meisels 1989)。由此可見，即便篩檢工具的效度是以科學數據來表示，但數據多少才是可接受的，卻是社會選擇的結果。然而，若偽陽性過高，轉介的幼兒數量太多，會使得無論是通報轉介中心、聯合評估中心或是醫院都無法及時消化，疑似遲緩幼兒的所謂早療「黃金期」經常就虛耗在漫長的等待轉介、等待評估、等待療育裡，更遑論當孩子被誤判為遲緩兒時對家長造成不必要的心理衝擊。

34 網址為 <http://www.tpscfddc.gov.tw/medicine/check.htm>



4 個月（3 個月 16 天～5 個月 15 天）		
1.（仰）仰躺時雙手手掌均能自然地張開，不再一直緊握	是	否
2.（仰）仰躺時雙手會在胸前互相靠近（不一定要碰到）	是	否
*3.（仰）頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動	是	否
*4.（仰）仰躺靜止不動時，身體的姿勢經常歪向固定一側，無法維持在中線上	是	否
5.（仰）換尿布時感覺雙腿有明顯不尋常的阻力，不容易打開、彎曲	是	否
*6.（仰）使用左右手或左右腳的次數和力量明顯地不平均	是	否
7.（仰）仰臥拉起時頭無法跟著身體抬起來，一直向後仰（滿5個月90%通過）	是	否
8.（仰）即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
*9.（仰）眼睛可以從左到右、從上到下來回追視沒有聲音的移動物體（可使用玩具發出聲音或碰觸臉吸引兒童注視，再移到眼前20公分左右不出聲地移動，觀察兒童反應）	是	否
10.（趴）趴著時能以雙肘支撐，將頭抬起和地面垂直，且能維持數秒鐘後頭慢慢放下（如果頭掙扎抬起、重重掉下則不通過）	是	否
11.（直）抱在肩上直立時，頭部和上半身能撐直至少10秒鐘，不會搖來晃去	是	否
*12. 面對面時能持續注視人臉，表現出對人的興趣	是	否
★在檢核表中，有任何二題答案是圈選在網底欄內，或表內題號前有*之任何一題答案是圈選在網底欄內，則表示兒童在該項目有疑似或可能有發展遲緩的問題，請至醫療院所做進一步評估，以確定是否為發展遲緩及瞭解原因。		
★其他單題落於網底欄，則最好於下個年齡層持續追蹤檢核，若持續仍未通過則需進一步測試。		

圖一 學前兒童發展檢核表——四個月分量表

資料來源：台北市早期療育綜合服務網(<http://www.tpscfddc.gov.tw/medicine/check.htm>)。

說明：此為簡表，只保留檢核題目，略去檢查單位、兒童基本資料與發展遲緩危險因子等欄位，完整版請見網站。

試者的不確定性，維持內容完備與可靠度。更重要的是，這種標準方法將發展遲緩的定義深深寫入篩檢技術中，結構化了使用者對兒童的發展凝視，一定程度限縮了行動者對身體的認知與判斷方式，使得在這個行動者網絡內部，對發展遲緩的監管得以更具體、更容易彼此溝通，各自收集的資訊或知識具有一貫性，能被流通、匯整與計算，操作篩檢的成果也能彼此相接，共同生產出發展遲緩作為臨界性身體的

自然「事實」。

易言之，正是藉由這份學前兒童發展檢核表，使得跨場址的發展監管能夠有效運作。此處的關鍵在於能動員多少行動者投入扮演「發現者」的角色；正如行動者網絡理論相信，科學事實的穩定性取決於網絡的大小，但每個網絡中的集體行動者其實都只是部分參與，他們除了發展監管之外還有各自的關切與工作任務，因此，投入監管所需的時間與精力不能太高，以免因為危及本有的利益、自主性與進程而導致退出同盟。學前兒童檢核表的力量在於它操作簡便，使各社會界能在參與監管的同時又能維持他們的例行工作；此外它非常經濟，只有紙本表格須特別印製，其他輔助的施測工具幾乎都可在地取得（例如篩檢精細動作用的筆、篩檢粗動作的樓梯等等），有助於讓各種機構組織大量供應檢核表並四處分送，將權力裝置的毛細管延伸到社會各角落，吸引更多個體行動者作為監管的代理人。

### （三）重組社會秩序

隨著盛行率宣稱的普及與篩檢工具的發展，我們所生活的日常世界與社會秩序也被重組了。台灣被設想為在每年的初生兒中有一萬多個孩子可能有發展遲緩的疾患，為了儘快找出這些急須在黃金期中得到救治的嬰幼兒，政府部門包括衛生署開始發展本土性篩檢評估工具、發展篩檢模式、增加預防保健次數、配合預防接種時程加強發展篩檢（蘇淑貞、李美慧 2006）；兒童局則致力提升通報率，透過社區保母系統與幼托園所加強篩檢（黃碧霞 2006）；教育部在努力加強學前障礙兒童的早期療育與特教工作服務之外，也鼓勵大專院校設置早期療育相關系所，以因應當下及未來龐大的人力需求。在民間，除了托兒所、幼稚園、衛生所分別在各縣市社會局、教育局與衛生局要求下從事例行性的發展篩檢之外，醫療院所中的兒童預防保健門診也增加了要求醫師從事的發展檢查，相關民間團體大量舉辦篩檢園遊會、篩檢種子訓練課程，甚至組織團隊到偏遠地方實施篩檢等等（宋芊晴 2004；林美瑗 2006）。例如伊甸社會福利基金會 2008 年 4 到 5 月在

全國各地舉辦 11 場發展篩檢，<sup>35</sup> 位於北市的發展遲緩兒童基金會固定在會址提供篩檢服務，<sup>36</sup> 發展遲緩兒童早期療育協會每年 9 到 11 月為南投、花蓮兩縣幼托園所舉辦全面篩檢。<sup>37</sup> 國民健康局在 2008 年也將透過各縣市衛生局陸續於全國各地舉辦 201 場兒童發展篩檢及宣導活動，提醒家長重視幼兒的健康及發展。<sup>38</sup>

然而，這樣鋪天蓋地的發展監管裝配，其認知合法性建立在對「6-8%盛行率」的知識主張上，但卻因為遲遲無法真正「發現」6-8%的遲緩兒童而使得行動者（而非「發展遲緩」這個類別及其盛行率本身）備受質疑。2006 年立法院召開會議，邀集衛生署、內政部及教育部特教組來報告國內兒童早期療育的工作狀況，質詢時砲火最猛烈的議題之一就是根據盛行率 6-8%來批評通報率不佳。立委王榮璋如是說：

全國兒童總人數為 145 萬人，接受早療治療的兒童有 1 萬 7 千多人，比率約為 1%，相較於 WHO 的 6%至 8%的標準，相差 6 倍，為何會是這樣的情況？是因為國內醫療衛生作得好，或是基因特別好，所以需要早療的人數特別少？（立法院公報 2006）

王榮璋並拿出通報表仔細比對，質問內政部「各學前機構及公私立幼稚園的通報個數，不到總通報數的 5%」、「去年保母部分只通報 10 個個案，所以你們未做好相關的通報工作，你承不承認？」徐少萍也要求衛生署健康局「請問能不能很精確地把所有的兒童都納入篩檢？因為我覺得你們的篩檢率有點低」（立法院公報 2006: 294）。至此，6-8%的盛行率一直都被「黑盒化」(black boxed) (Latour 1987)，

35 慢飛天使網站(<http://kids.eden.org.tw/>)（讀取日期：2008/4/11）。

36 基金會網站(<http://www.fcdd.org.tw/html/news/news20080408-01.htm>)（讀取日期：2008/4/10）。

37 協會網站(<http://www.caeip.org.tw/html/modules/news/>)（讀取日期：2008/4/3）。

38 國民健康局網站 (<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx? No=200803260001>)（讀取日期：2008/4/1）。

它的計算方式與適用性從來無須被過問，理所當然地接受此時此地的台灣就是存在著 6-8% 的遲緩兒童，如果找不到，就是因為不夠認真努力、做得不夠好。這種理所當然性是一種對於社會實體不言明的預設 (tacit assumption)，當傳達如是信念的言論愈普遍，以此為參照點去導引未來實作的集體行動者愈多，都可視為一種背書的機制，使得「發展遲緩」作為分類嬰幼兒的社會類別愈具認知有效性，再加上〈兒童福利法〉所賦予的管制合法性，使它的效力如此強大，即便與在地情境的實際運作結果不相容，也很少會去挑戰發展遲緩這個類別本身及其盛行率宣稱所主張的「事實」。

在這樣的預期與壓力之下，政府建立了嚴密的監控管道，不只建立委任機制，要求轄下各機關監管嬰幼兒的發展，更以績效考核（事關來年補助款分配）的方式，監控下屬層級是否有盡力「提升通報數」。在此，電腦報表上傳系統發揮了絕佳的監管功能：各縣市政府必須每三個月透過網路上傳該季的早期療育實施概況的詳細報表到內政部統計處網站；每半年統計處會公布一份清單，除了包括各縣市的通報總數之外，還區分了「通報個案人數按年齡分」（0-2 歲、3-5 歲、6 歲以上），以及「個案人數按通報來源分」（可參見表一），這樣的格式設計與按時通報方式，使得各縣市甚至下轄單位各自業績多少、表現如何均能一目瞭然，也方便追究相關責任。

在這個層級監控的體制中，縣市政府對下轄機關規範了相關報表作業，並要求更密集的上傳次數，甚至將傳送報表的時效與填寫正確性，列為業績考核標準，計分比重甚至高達 20%（台中縣衛生局 2007）。在田野中，一位資深公衛護士就表示：「這種篩檢的業務其實一直以來都有，只是這幾年上面追得特別緊，每個月都要上傳資料，每三個月就會公布成績。用那個電腦設備，真的把我們監視得……哎！（苦笑）」（田野筆記 2008/1/13）。一位內政部兒童局專員也表示各縣市的年度通報數都會成為各個通報轉介中心年度成績考核的依據，並且會直接影響來年政府的經費補助（田野筆記 2008/1/20）。由此可見，對嬰幼兒發展的監管成為一種 William

Bogard (2006)所謂的監管裝配，相較於全景敞視(panoptic)作為一種地域性的社會控制形式，監管裝配的特質是一種藉由資訊技術以跨地域聯絡的控制網絡，並且是一種非線性、非單元(non-unitary)，也非二元對立(non-binary)的結構，監管工作與監管者本身同時也可能作為被嚴密監管的對象。<sup>39</sup>

可以發現，6-8%不只成為想像中發展遲緩兒存在的總數，更影響了發展篩檢競逐場中各社會界如何設定相關工作指標，而這必然牽涉到後續所有的實作。然而，無論怎麼篩檢，實質的發現率似乎怎樣都達不到。目前唯一以人口普查方式進行過發展篩檢的是伊甸社會福利基金會在 2000 年於高雄縣旗山地區進行的零到六歲幼兒人口調查，六鄉鎮的有效樣本共 6,852 筆，發現疑似遲緩的人數為 320 人，比例為 5.2%（宋芊晴 2004），這還不是轉診後確認遲緩的人數。即便是針對另一個傳說中發展遲緩兒童盛行率高的族群——新住民子女，衛生署督導各縣市衛生局辦理「兒童發展篩檢及異常個案追蹤管理」計畫，該計畫尤其針對外籍配偶及其子女加強兒童發展篩檢，至 2006 年 6 月為止，累計篩檢零到三歲新住民子女 23,336 人，疑似異常個案數僅 286 人（內政部 2006），比例只有 1.2%，鑑定後確認為遲緩者必然更少於此數。

## 五、日常互動的發展凝視： 醫師與家長的結盟

前述這個以集體篩檢為任務的工作網絡，只是發展監管整體裝配的一部分。另一部分，則是以預防保健制度中的發展診查為場址，來連結家長在日常互動中對個別孩子進行的發展凝視，並且是以《兒童

39 前述例子可知，政府的中央部會並非就站在制高點免於被監管，而立法委員本身也必須對民意負責。2006 年就曾發生立委刪除衛生署照護社區化計畫的預算新台幣一億三千三百萬元，其中包括負責評估、診斷疑似遲緩兒童的聯合評估中心預算三千萬。此事被智總披露見報，引發非常大的爭議，使得提案刪除總經費的立委林益世在委員會中發難，質疑衛生署「隨意向外放話」，立委只刪總額，聯評中心屬於衛署自行調整的單項，「讓立法院幫衛生署揹黑鍋」（立法院公報 2006）。

健康手冊》裡內建發展量表的「家長記錄事項」作為發現遲緩兒的標準工具。

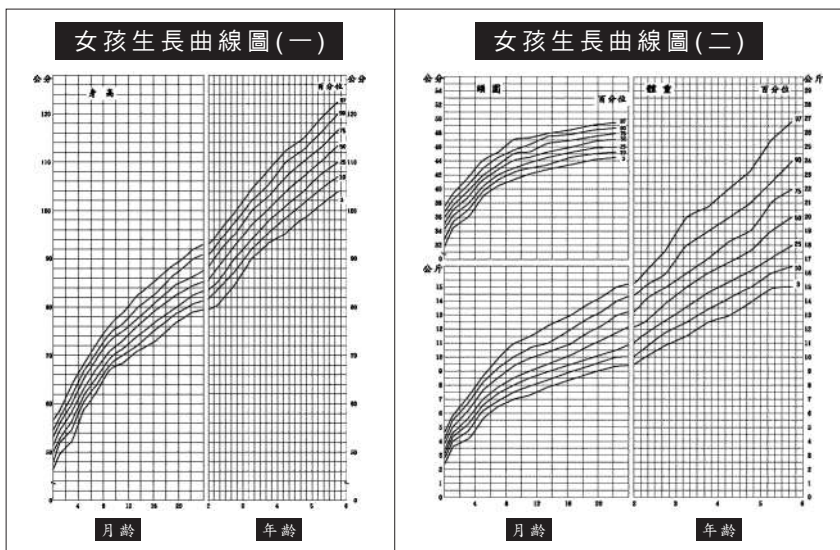
事實上，早在 1996 年內政部延請學者規劃早期療育制度中，就主張把《兒童健康手冊》作為家長、托兒所、幼稚園和各市立醫院、衛生所個案發現的標準（萬育維、莊鳳如 1995: 59-60）。當時全民健保開辦，提供四歲以下兒童六次預防保健的服務（其中四次集中在一歲以內），項目包括身體檢查、發展診察與保健指導三部分，詳細時程與檢查項目都表列在手冊中。當時《兒童健康手冊》之所以被寄予重任，主要是由於沒有其他普遍流通的兒童發展量表，再加上健保給付預防保健服務的制度支持，<sup>40</sup> 適於徵召醫護界以及特別是個別家長作為參與的行動者。即使現在有了其他篩檢工具，《兒童健康手冊》仍因其無可取代的普及性，而經常被推薦給家長作為觀察自家孩子發展進度的指南，發展監管裝置也因而從制度機構等公共空間，延伸到個別的、私密的家庭空間。

### （一）百分位迷思？——生長曲線圖的政治

在《兒童健康手冊》所提供的工具中，生長曲線經常被作為判斷幼兒是否有發展遲緩的第一個指標（趙鎮民、蔡悅琪 2006），孩子會不會太瘦、太矮或是長得太慢，也是基層醫師在門診中經常被家長關切的問題（陳偉德等 1999；謝昌成等 2007）。相較於建立在日常生活經驗與其他孩子相互比較的俗民觀察法，生長曲線與發展量表的建立，便是透過科學程序的轉換，將原本無法「看見」的常態人口的生長狀況，化為客觀數字與曲線的過程。中間涉及的知識與技術，包括抽樣模型的確立、調查實作的安排、身體測量的技術、檔案記錄與統計運算的方法和工具，以及圖形化的技巧。

台灣現行的零到六歲兒童生長曲線表（如下圖二），是由衛生署

40 兒童預防保健服務的利用率從 1999 年約 56%，逐漸提升到 2006 年約 86%（國健局網站：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/95/6.xls>）（讀取日期：2008/1/26）。



圖二 兒童健康手冊中「女孩生長曲線圖」

資料來源：行政院衛生署國民健康局(2005: 8-9)。

委託輔大公衛系教授陳麗美等人於 1996 年時進行的調查，研究者透過科學社群共同認可的測量方法<sup>41</sup>與統計技術來收集資料並繪製模型，將分布於社會各處各個家庭中幼童的多樣化生長狀況，藉由受過訓練的人員以身體測量工具（體重計與量尺）予以標準化。在此過程中，各個不同孩子生長脈絡的差異空間，被轉換為一致性的科學空間，分殊化的成長狀態，也被轉換為量化數字，由公衛與統計學者集中彙整以進行統計操作，將有限樣本的嬰幼兒的身高體重頭圍，先區分為不同年齡組，再以百分位法來切分各年齡組內部的不同數值。最後，透過圖像化的視覺呈現技術，使這些橫斷式收集的、靜態性的數字，再現為全國嬰幼兒人口過程性的、動態的生長進度。

這種標準化的生長曲線被印製在《兒童健康手冊》裡，並送達每一個新生兒的父母親手上。在每次健康檢查中，幼兒被測量，並將其

41 以兩段式集群隨機抽樣，抽出 40 個村里，每個抽樣點零至六歲兒童均為體位測量對象。因為取樣困難，零至三個月兒童以出生通報資料為取樣依據，兩歲以下兒童則以二個月為單位作為取樣切割點，共收集 11,335 位兒童資料，其中 5,880 位男童，5,455 位女童（陳麗美 2004）。

數值與全人口的生長曲線做比較，看落在第幾條百分位線，記錄在健康手冊的檢查表上。「正常小孩」原本是一個抽象不可見的概念，任憑各人經驗法則與心理意向來揣想，而現在，透過學術研究與官方公布的生長常模，藉由數據與曲線的客觀形式，進入每個人的家庭空間，打開手冊就可以看見。而父母對自家小孩健康與否的個別關切，被轉換到身高體重數值落在哪一條百分位線、歷時性的變動幅度又是擺盪在哪些線段之間，「正常的」且令人滿意的生長曲線成為適當育兒的檢驗標準與重要目標。

至於正常性的邊界何在？一般而言，落點在第3百分位到第97百分位之間都可算是正常範圍（台北市衛生局 2006），如果體重的生長曲線在第3百分位線之下，或是在六個月內體重下降了兩條百分位線的幅度，就會被判定為生長遲緩（趙鎮民、蔡悅琪 2006；謝昌成等 2007）。然而，即使都落在所謂正常範圍，還必須注意百分位是否愈來愈明顯降低（表示「變得」遲緩），以及是否「不勻稱」（身高體重的百分位數差距過大）。有小兒科醫師鼓勵父母「忠實的扮演監測員的角色」，利用手冊內的生長曲線圖，為自己的孩子「逐月描點記錄」，「化抽象的懷疑為具體的曲線」，並「定期帶去給小兒科醫師檢查」（張文華 2006）。

然而，生長曲線圖作為一種人造的產物本身就是充滿政治性的（Winner 1986）。正如WHO (2006)指出，生長曲線圖不只是提供比較基礎的「參考」，更體現出一種「標準」，代表對「適當成長」的價值判斷，而其關鍵在於營養、餵養方式、環境與健康照護，並且以母親為主要的課責(accountability)對象。因此，母親們不是擔心寶寶「太大隻」就是「太小隻」，<sup>42</sup>即使曲線都落在正常範圍，只要低於50百分位似乎就不那麼讓人滿意。社會各界也提出許多更為嚴苛的標準，例如公衛學者陳偉德等人(1999)認為體位在25-75百分位線之間為正常；小兒科醫師羅福松(2007)認為第90百分位以上時可能過重，而超過第

42 例如全台最大的電子佈告欄 PTT 實業坊中 BabyMother 版，初步搜尋就有相關文章超過 40 篇(telnet://ptt.cc)（讀取日期：2008/1/25）。



85 百分位者，父母就需要開始留意；若寶寶屬於「矮胖型」，還可能是內分泌疾病引起的「病態性肥胖」。護理界則認為體重增加的理想還必須符合三個條件：(1)與出生時所屬百分位比較，並未下降；(2)與身高所屬百分位相同；(3)在所有同齡的小孩中，占百分位在 25-75 百分位之間（台北市衛生局 2006: 52）。也有醫師強調除了絕對值之外，「是否與生長百分位線平行也很重要」（謝昌成等 2007: 232）。若要認真看待這些林林總總的標準，可能只有居間 50% 嬰幼兒的體位經得起各種常規化凝視的考驗。無論標準為何，總是統計上的常模作為判定個體是否「正常」的依據。而非如 Georges Canguilhem 所主張，常規化應被視為個別生命展現其能力去適應各種多樣化的環境，他們會建立自身的常規。所以「是生命本身而非醫學判斷，使生物意義上的常規化成為價值的概念，而非統計上的實體」（Canguilhem 1991: 131）。我們應從生命本身出發去達到對常規的認識，不同生命所發展出來的常規也必然是多樣化的。

## （二）「家長記錄事項」：日常互動的標準化凝視

即便嬰幼兒的身高體重測量不免有誤差（趙鎮民、蔡悅琪 2006），<sup>43</sup> 但仍不失為一種簡便、有效率與相對客觀的觀察方法；特別是它的場景是在醫療空間中，由醫護人員使用標準化的儀器來施測，並不特別要求兒童本身與家長的合作。但相對上，身心發展狀況是多面向的，包含各種發展領域，各階段應具備的功能表現複雜度不一，如何確保診查的有效性？2004 年之後，全民健保提供九次的兒童預防保健服務，不但每次都規定醫師要進行發展診查，也明列每次的診查項目。<sup>44</sup> 對於那些年齡愈大發展愈精細的功能項，例如跑跳、脫

43 特別是嬰兒的體重測量，因為不方便量「淨重」，通常會以和衣測量後的數值減去 0.5 公斤為寶寶的體重。但在 PTT 的 BabyMother 版上也有網友經驗過護士以「目測法」來判斷應該要扣掉幾公斤。至於身高的測量，由於嬰兒只能躺著量，也不容易讓他們維持直挺挺的姿勢，故誤差同樣難以避免。有網友經驗過寶寶這次量出來的身高比上次還矮，被醫師要求重新測量。

44 相對上，2004 年之前，只要求六到七個月大時做一次，一歲到兩歲之間做一次。

鞋、走直線、畫出人體三部分等，若堅持醫師對兒童當場逐一「驗收」，恐怕會因為太耗時費力，失去醫療界作為發展監管的盟友。即便主政者有辦法轉換醫師的利益，使他們願意承諾投入更多，光靠醫護人員本身也不見得具有獨立監管的能耐。畢竟嬰幼兒非專業表演者，不可能保證他們在就診的有限時間與陌生空間裡自然展現出所有能力以供考核。所以，為了維持醫療界的參與，且確保他們參與的有效，就必須同時徵召家長的合作，藉由「家長記錄事項」來提供醫師判斷的所需訊息，才可能使醫生成為勝任的監管者，將預防保健服務整合進監管網絡中。然而，與前一節中提到的問題類似，如何確保家長作為業餘者，對兒童發展的監管能夠超越時間、空間與互動脈絡的不確定性，依然維持一定程度的可靠？

《兒童健康手冊》中內建的「家長記錄事項」，便可被視為一套標準化家長在日常生活中持續觀察、銘刻(*inscription*)與能見化(*visualization*)個別兒童發展過程的技術。每階段不同的題項設計，依據兒童發展里程的架構來編排，預先規範並組織了家長認知孩子的方式，使幼童看似各種片斷的、分散的、隨機的行為舉止，能被賦予不同的重要性，並結構化為一整套有順序的發展序列。家長被期待要在就診前完成紀錄，藉此使得各種發生在嬰幼兒身上的偶然現象能被轉換為穩定的形式，可在不同的時空脈絡下重覆被看見。在這樣的發展凝視之下，兒童身體被再現為序列的發展階段；個別兒童的正常或遲緩，則具現在每個題項之前等待被填寫的空格是逐一得到勾選，或是留下愈來愈多的空白。

透過填寫「家長記錄事項」的動作，家長對孩子的關切被有效轉換成為資訊收集的角色，為醫師生產進行發展診查所需的素材，個中關鍵便在於標準化方法以及醫師具有的權威，使得多數家長甘心讓渡部分自主性給醫師，服從這一套收集資訊的標準。採取標準方法的目的，是關注如何被執行(*how*)，而非執行了什麼(*what*)以及為何會如此(*why*) (Star and Griesemer 1989)。家長可能對發展及遲緩沒有半點認知，卻依然能收集到可用的訊息。而最終判斷孩子發展狀況的權力還

是掌握在醫師手中，必須由醫師參考家長填寫內容進行診查，然後在每次的檢查紀錄中勾選發展評估是「通過」、「需追蹤」，還是「需轉介」，並且還要註明在「動作」、「語言」、「認知」、「社會情緒」或「其他」項目上哪些需要特別注意（可參見下圖三）。準此，《兒童健康手冊》作為醫用互動的介面，在每次的健康檢查中，關於幼兒的資訊得以被溝通與交換，家庭空間與醫療空間中對幼兒的發展監管，也在此刻的會合中被串連、整編起來。

然而，即便有能力促進醫師與家長的合作，《兒童健康手冊》並非單憑一己之力就能成為發展監管的適當工具。最主要的理由，正如當時任職台北市社會局科長師豫玲指出，在於兒童預防保健服務的檢查次數與項目未能真正落實，<sup>45</sup> 否則「通報就能達到比較高的標準」

**家長記錄事項及健康檢查紀錄**

**四至五個月 家長記錄事項**

\*請家長於寶寶每次健康檢查前，務必將下列事項填寫完整

以下記錄於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(年齡\_\_\_\_月\_\_\_\_天)

1. 上次健康檢查至今，生過什麼病嗎？住過院嗎？請記錄在下面：

2. 飲食狀況：

☐母乳，一天餵食約\_\_\_\_次。

☐嬰兒配方奶粉，大約\_\_\_\_小時餵食一次，一天餵食\_\_\_\_次，每次\_\_\_\_C.C.，奶粉\_\_\_\_匙，糖漿\_\_\_\_。

有任何體食問題嗎？

3. 排泄狀況：\_\_\_\_天解1次或1天解\_\_\_\_次大便

形狀☐糊狀 ☐水稀狀 ☐塊狀 ☐其他

4. 發展狀況：

(1) 直著抱時，頸部已經挺直，且頭可左右自由轉動嗎？ ☐是 ☐否

(2) 仰臥時，會用兩隻前臂支撐將頭抬高至90度嗎？ ☐否 ☐是

(3) 會伸出手抓取身邊的玩具嗎？ ☐否 ☐是

(4) 會「咿呀」發出聲音嗎？ ☐是 ☐否

(5) 激動或生氣的時候會叫得很大聲嗎？ ☐是 ☐否

(6) 眼睛會追著移動的東西或人看嗎？ ☐否 ☐是

5. 請您將其他育兒方面擔心的事或想請教醫師的問題，記錄在下面：

**四至五個月健康檢查紀錄**

\*產兒請用矯正年齡

檢查日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年齡：\_\_\_\_月\_\_\_\_天

身長：\_\_\_\_公分(第\_\_\_\_百分位) 體重：\_\_\_\_公斤(第\_\_\_\_百分位)

頭圍：\_\_\_\_公分(第\_\_\_\_百分位)

生長評估：☐正常 ☐需追蹤 ☐需轉介

身體檢查：☐無特殊發現

☐需注意或異常項目

1. ☐需追蹤 ☐需轉介

2. ☐需追蹤 ☐需轉介

3. ☐需追蹤 ☐需轉介

4. ☐需追蹤 ☐需轉介

發展評估：☐通過 ☐需追蹤 ☐需轉介

注意項目：☐動作 ☐語言 ☐認知 ☐社會情緒

☐其他

衛教及其他指導事項：

☐添加副食品(參閱40頁)

☐培養良好的睡眠習慣(參閱50頁)

☐避免二手菸(參閱51頁)

☐事故傷害預防(參閱42頁)

—汽車安全座椅(嬰兒用臥床)

—小心跌落

—學步車

醫師簽名：\_\_\_\_\_

建議下次健康檢查時間：約\_\_\_\_個月大時

圖三 《兒童健康手冊》家長記錄事項及健康檢查紀錄

資料來源：行政院衛生署國民健康局(2005:16-17)。

45 個中原因，除了預防保健服務本身利用率尚未如同今日普及之外，醫界自己也指出，基層醫師訓練不足，大醫院中的幼兒健檢又常是實習醫師的差事，使得嬰幼兒定期健檢淪為打預防針專用，很少進行發展評估，造成健檢無法達到發現遲緩兒童的功能（聯合報 1995/10/5）。

（內政部 1996: 28, 35）。據行政院衛生署在 1997 年所做的調查，可以發現健保剛實施的頭幾年，在兒童預防保健的服務項目上，對「心智發展評估」的執行率是倒數第二差（李淑君等 1999）。<sup>46</sup> 而醫師之所以沒有意願執行兒童預防保健，無非是因為「給付金額太低」（紀櫻珍等 2005；陳怡沁 1999）。<sup>47</sup> 此外，（舊版）手冊中「家長記錄事項」的內容也偏重生理的健康狀況，而很少對發展進度的評估，使用的問項甚至有不合年齡、題意不明以及不易觀察到等錯誤（紀櫻珍等 2006），預防保健服務所規定的發展診查次數相當有限（舊制中僅有兩次）。

爲了克服《兒童健康手冊》作為檢查工具的失敗，許多新的有力行動者陸續到位來提供支持：包括 2008 年起健保給付兩歲以下兒童的門診診察費提高 20%（從舊制 213 元增加到 250 元）；國健局改版推出新的手冊，具體化對兒童發展的檢查要求；台灣兒科醫學會也著手建立嬰幼兒就醫診療指引，<sup>48</sup> 使醫師看診時可按部就班地依循；公共論域中也再三出現提醒家長善用手冊、仔細填寫紀錄事項，若有疑慮就主動向醫師請教與要求檢查，<sup>49</sup> 甚至還有兒科醫師出版教導父母使用《兒童健康手冊》的專書（例如湯國廷 2008），育兒雜誌中也常有介紹手冊的實用文章（例如洪淑萍等 2003；林佩蓉 2007）。正是這些行動體連結起來，共同建構出有利於在兒童預防保健服務中執行發展診查的特定網絡，才使得《兒童健康手冊》成為促進發展監管的適當科技物。

---

46 執行最差的是唇顎裂檢查，最佳的則是身高體重測量。

47 在兩個研究中，醫生自填降低意願的第二位因素都是「花費時間太長」，第三位則分別是檢查項目太繁瑣與某些項目執行不易。

48 國民健康局，健康九九衛生教育網，最新新聞(<http://health99.doh.gov.tw/HealthyHeadlineZone/HealthyHeadlineDetail.aspx?topicno=4106>)（讀取日期：2008/1/29）。

49 在國健局 2005 年的大型抽樣調查中，有略高於半數的父母表示每次在帶孩子看病及預防接種時都會先填寫家長記錄事項（行政院衛生署國民健康局 2007）。

## 六、結論：發現遲緩兒童—— 科學與社會的共同生成

從 1990 年代「發展遲緩」在台灣成為評估早期童年身心狀況的獨立類屬以來，隨著整套早期療育的建制化，逐漸結構出一個跨社會界的監管場域，以及一整套相關知識體系，使得個別嬰幼兒與集體的孩童人口都成為這種新權力技術的治理對象。這樣的治理並非壓迫性的權力施作，而是立基在個人意識層次的期望以及被視為是整體社會的福祉，並且正如 Foucault (1991)所宣稱是以人口福利、狀況改善、生命延長、健康水準提高等等，作為治理的最終目的。

追究當時將「發展遲緩」問題化的脈絡，特屬於零到六歲兒童的發展遲緩一方面被界定為是身心障礙的早期徵兆，並且是處於可被治療的黃金階段，一方面卻也是因為家長缺乏知識或拒絕認同，而屬於難以被發現的疾患，因此，對遲緩兒的發現從一開始便被安排成為一個由各種可接觸到嬰幼兒的制度行動者集體合作的網絡。而這樣的網絡能否成功，關鍵便在於如何將觀點與工作進程互異的不同社會界徵召進網絡中，並使他們能夠有效地共同工作。但無論如何立基於兒童保護或福利照顧之名，整個發展監管場域的構成，其本質都是國家行使生命權力的展現，並且是以知識－權力的技術去徹底化對嬰幼兒身體的治理。作為代理人的各社會團體，它們的同盟關係需要穩定化，彼此的工作內容也必須有效整合，才能確保發展監管場域的運作與結果。在此過程中，法律以及各種獎懲辦法的力量固然重要，但本文認為如果不是藉由各種科技物（包括篩檢工具、生長曲線圖，以及寫入各種發展里程碑的「家長記錄事項」等等）的力量，這樣的集體事業就不可能成功。一方面，它們的常規化凝視，使得兒童的身心發展狀態成為可見，正常或遲緩的區辨也有明確可循的判準，因此限縮了詮釋與實作的可能範圍，「發展遲緩」的意義就能相對穩定化；另一方面，它們作為具有普遍效力的標準介面，促進不同行動者之間的相互

交鋒與溝通、並確保各自收集資訊的可靠性，使得工作成果得以彙整與積累。

本文希望闡明這段自然秩序（嬰幼兒發展中的身體，與其可能發生的遲緩）與社會秩序（對早期童年身體的治理）共同生成的過程，也就是對稱性地關照認知的、物質的、社會的與規範的要素，如何一起生產出新的身體觀、概念類屬、科技工具、社會組織方式與日常實作，並展現出它們如何彼此支持存在。然而，說「發展遲緩兒童」為一種新的社會類屬，並且是寄寓在「發展」作為一種新的身體圖式之上，並非否認「兒童發展」不具生物學的實質，或者以為「發展遲緩」並非一個「真實」(real)的疾患問題，毋寧是如 Knorr-Cetina 主張物自身(things-in-itself)也總是被認識的對象(epistemic object)，有其萌生與穩定化的過程（轉引自林文源 2007）。而此過程中的每一個環節，包括承認、命名、調查、界定、區辨它者、乃至於與這種新對象建立互動模式、社會關係甚至整體的制度結構，無不立基在科技物可多處流通但其形式不可改變的特質。正是藉由測量與記錄兒童身體發展的標準化工具，一方面，發展成為可藉由科學方式被看見的現象，從而使得個別身體的正常或異常狀態能被有效且一致地判斷；另一方面，參與監管的實作社群得以跨社會界彙整其成果，使得操作在各場址中的凝視力量串連起來，形成環繞在幼兒周圍的跨場域、全時性的監管裝置。

透過日復一日對兒童發展的知識獲取與治理技術施作，萌生並穩定化了「遲緩兒童」這種認知類屬。分佈在各社會場址的監管者，將每個幼兒切分為不同的發展領域，物質的身體與偶然的行為被轉換為抽象的文字陳述、數量、圖解，再轉換到人口常模中的相對位置，以進行正常／遲緩／障礙的暫時性分派，<sup>50</sup> 並成為介入的目標。這個監管場域的認知邏輯始終是相信唯有儘早發現遲緩兒童進行早期療育，

50 「暫時性」表現在幾個方面，第一，發展檢查是頻仍的，隨成年齡進展幼兒會再三接受新的檢查；第二，即使是同一年齡階段，初篩的派定（除了派定正常之外）也必須經過正式評估才能確定。第三，無論如何，「發展遲緩」的認定只限於六歲以下，六歲以上若非鑑別正常，就必須派定為特定的障礙。

才可能幫助他們減輕障礙程度甚至回歸正常範疇。也因此，常規化凝視普遍施作在每一個看似正常的兒童身上，也似乎唯有這麼全面且徹底的發展監管，我們才不會錯失孩子任何細微的發展變異；唯有藉由小心翼翼地看顧或警覺，才能確保兒童脆弱的、複雜的、充滿變數的身體，都能維持在適當的百分位與標準差當中，維持到目前為止正常的發展。

必須指出的是，對科學技術如何形構社會秩序的關注，決非暗示科技具有決定性；它們在實作上被認可並被廣泛使用，也經常不是因為它們是科學意義上最好的標準(Bowker and Star 1999)。科技物的性質與力量基本上都是關係性的產物，生成於它們所置身的網絡中，而非內在給定且維持不變的。正如前一節的討論，《兒童健康手冊》如何成為一個發現遲緩兒童的適當工具(right tool for the job)，必然經過一段對科學技術物、社會組織以及兩者之間如何關聯起來的重構過程(Clark and Fujimura 1992)。又如發展檢核表的確促進了監管網絡在制度層次上的集結，但它作為工具的能動性也並非取決於它的科學性質（製表者始終未公布它所立基的本土常模與信效度考驗結果），而是當時整個行動者網絡共同生產出的效果。固然若沒有適當的工具出現，這個目前運作的集體監管裝配似乎不可能動得起來；但相反的，也是因為對發展遲緩作為社會問題的框構(framing)（未來可能變成龐大數量的身心障礙者），既存的社會制度與實作（幼托與教育系統、預防保健制度）、阻礙「發現」的文化信念與代間關係（大鵝晚啼的發展觀、身心障礙者本身及父母的連帶污名），乃至於各社會界分歧的在地知識、利益與實作模式，才會組織成這種以多重制度行動者為代理人，使用標準工具來執行普遍篩檢的監管模式與制度結構，因而構成了這些篩檢工具的效用。<sup>51</sup>

此外，標準化工具的特性也並非既定的、能夠完全抵禦使用者的詮釋，其效用仍必須在實作脈絡中經歷協商。例如有些縣市即使有了

51 相對上，其他限定專業者使用、取得成本高、使用時間長的篩檢工具，即便更具科學上的好(good)，但對這個現行的特定監管方式來說就不是最適用的(right)。

檢核表可推動全面性發展篩檢，但通報轉介中心的社工員還是會考量後送的療育服務容量有限而「不敢發現太多」（田野筆記 2008/4/21）。有些家長也會質疑在公共場合或是由陌生人執行篩檢的有效性，認為孩子可能因為害羞怕生、分心，甚至是執行者不夠專業，拒絕採信篩檢出的疑似遲緩結果（孫世恆、楊玲芳 2006）。畢竟年幼孩子不可能自行填答問卷，再「標準化」的問項都必須「轉譯成兒語」才能讓小朋友理解，否則就可能因為孩子聽不懂要求而被誤判為不具該項心智或行動能力。田野中一位幼稚園長就說：「因為那個表，我覺得小朋友不認識字，要表達讓他知道我要的意思，不是一般人可以做到的。小朋友會聽不懂。不懂得兒童心理、不懂得兒語的，可能沒有辦法跟他詮釋問題的意思。老師跟孩子的溝通是比較深切的，能讓他懂這個意義是什麼」（田野筆記 2008/4/11）。因此，這位園長認為幼托老師比醫療專業人員更適合執行發展篩檢，他們具有專業能力以及與個別幼兒溝通的長期互動經驗，在這種基礎上，才能進行有效的施測，科學工具也能發揮作用。在這一點上，原本設計來中性化施測者與受試者各種主觀要素的標準化篩檢，卻可能被重新詮釋為幼教老師社會認同的文化展演。

《兒童健康手冊》中的家長記錄事項也面臨類似問題。對父母親來說，無論問項以如何精確的科學敘事方式來呈現，觀察、理解與記錄仍可能是內含各種利益與價值衝突的取捨過程，特別當父母很難不意識到對孩子的發展考察往往連帶著對親職的評價，使填答成為同時計算多項考量的綜合結果，而非無涉價值的再現。<sup>52</sup> 甚至對工具的常規化裁決，使用者也經常提出不同的解釋而不一定照單全收。在這裡並非暗示人為因素減損了科學的精確度，對科學的信任與它的效度本身就是一種社會性構成。<sup>53</sup> 兒童發展又是極具複雜性的動態過程，標準化記錄方法在預先設定哪些發展指標需要關注的同時，也相對降低

52 例如有母親提到填寫記錄事項乃攸關「媽媽面子」之事（參見小草莓日誌：<http://joc-elynku.blogspot.com/>）（讀取日期：2006/5/31）。

53 可參見前註33的討論：篩檢工具的信效度，能接受的標準是多少，其實是社會決定的。



了對其他面向與內容的重視。許多經驗實例顯示出每次發展檢查都通過的孩子並不能保證未來不會發生遲緩，只是在實作上這種對「科學不確定性」的認知，經常被對於「人為不確定性」的質疑所掩蓋，當孩子在特定年齡層被檢查出遲緩時，往往會究責醫師在執行診查時不夠徹底，相對上則較不會去挑戰作為檢查工具的科技物的有效性（例如張曉卉 2006）。

不只是物的性質是關係性的，人類行動者的知識、價值信念、利益與能動性也非既定，而是網絡與過程的產物：權威的兒科醫師、專業的幼托老師，以及與嬰幼兒最親密互動的家長，若沒有工具與其他行動者的先後到位，並經歷彼此間協商與調適的過程，整體與個別的發展監管實作都是不可想像的。而知識與利益也在此過程中被重組與建構，除了診查費提高、醫療補助、考核獎金等經濟誘因之外，監管工具也具體化了對兒童發展的科學認知，透過例行性的實作，使得行動者內化了相關知識而變得更有意識與敏感度，甚至不只作為防治遲緩的消極監管者，而可能成為促進發展的積極規訓者。即便是通用的標準化工具，「發展遲緩」在不同社會場址中的意義仍保有一定的詮釋彈性，一個孩子被判定為疑似遲緩，對其父母、老師、保母、醫療人員來說，它的意義與優先性是絕對不同的。

最後，這樣的監管網絡究竟是否「成功」？對於這個問題存在著不同的判斷方式。如果我們說組織網絡的目標在發現遲緩兒童，那麼從每年的通報數量來看它是有部分成功的（即便遠少於某些行動者的預期）。但它是否導致一個全控的社會？從前面的討論中可以看出並非如此。誠如 Nicolas Rose 與 Peter Miller (1992: 190-191) 所言，治理注定是有缺陷的操作：治理方案面對的是異質的世界，它們也會進一步複雜化現實，一個方案所能提供的解答可能變成另一個方案的問題。人、事、物總是能找到縫隙逃逸出治理計畫的認知圖式，技術也經常會產生非預期的問題。更遑論治理方案可能會因經費有限、專業相爭，以及無法形成與穩定化有助運作的物質條件而受挫。因此我們所居住的世界不可能被「治理的意志」(will to govern) 所貫徹，而是

充斥著「不斷的失敗紀錄、期待與結果的落差，以及對下次做得更好的持續要求」。<sup>54</sup>

然而到目前為止，這個新的治理權力的最大「成就」應在於：無論對現存科學工具或監管制度的認知與評價如何，也無論行動者的參與是積極的或虛應故事的，沒有人會否認遲緩兒的存在是一個值得關切的自然事實，也沒有社會界會公開主張發展監管本身是必須反對的社會控制。隨著這個監管裝配日復一日操作各種常規化凝視的技術，愈來愈多的遲緩兒童被「發現」並挑出，也就愈正當化對全體嬰幼兒人口的發展凝視，以及現行監管方式的制度延續與擴張——所有幼兒都被風險化為潛在遲緩者，對早期童年身體的集體治理也被理所當然地例行化。

誌謝：本文曾先後在 2008 年 3 月 8 日「公衛、醫療與社會」研究生論文討論會以及 2008 年 6 月 28 日由《台灣社會學》舉辦之「身體治理工作坊」，蒙受藍佩嘉老師、鄭雅文老師、傅大為老師、許甘霖老師、吳建昌老師與其他多位先進在理論概念、分析方式、經驗現象、乃至於研究意義上給予許多寶貴的提點。審查過程中獲益於兩位匿名評審與陳東升主編提供精闢且實質的修改建議；編輯謝麗玲小姐的字斟句酌也讓我學到不只在寫作、甚至概念使用上都要務求審慎。我的兩位指導教授，章英華老師對我在研究道路上的摸索與試誤一直給予無限支持與寬容，吳嘉苓老師更是一路引介我的智識旅行，這些學術上的加持總慷慨到讓我自覺幸福的同時卻又領受有愧，說再多的感謝也不足夠。

54 本文審查人提醒筆者注意發展凝視是否真能「成功」建立的問題。經思考後筆者也發現原文的確犯了推論過當的錯誤，這種伴隨著監管網絡共同生成的發展凝視，對參與其中的監管代理人來說並非其目標，只是達成目標的手法 (tactics) 之一。當運作這個跨制度場域的發現系統時，行動者必須操作、憑藉標準化的發展凝視，但在總體文化結構上，以及其他生活面向的人際互動中，這種新的發展凝視在多大程度上取代了「大難晚啼」的傳統身體觀，則有待後續對其他層次的經驗研究才能進一步釐清。

## 參考文獻

- 山下大厚(2001)育兒・家庭・医療化。法政大学大学院紀要 46: 13-21。
- 中華民國智障者家長總會(1994)展望明日——智障福利白皮書。推波引水 5: 1-20。
- 內政部(1996)全國發展遲緩兒童早期療育服務研討會。台北：內政部。
- (1997)台北市推展發展遲緩兒童早期療育服務研討會成果報告。台北：內政部。
- (2006)外籍與大陸配偶照顧輔導措施辦理情形彙整表。網址：<http://www.cbi.gov.tw/cbi/upload/files/download/04-0603011222.htm>。
- 內政部、中華民國智障者家長總會(1996)「發展遲緩兒童早期療育轉介中心實驗計畫」執行成果報告。台北：內政部。
- 內政部兒童局(2007)兒童及少年福利法規簡介及推動現況。網址：[www.swawc.gov.tw/att.aspx?uid=489](http://www.swawc.gov.tw/att.aspx?uid=489) (讀取日期 2008/11/27)。
- 台中縣衛生局(2007)96 年衛生所新進護理人員職前訓練講義。台中縣：衛生局。
- 台北市政府社會局、中華民國智障者家長總會(2000)中外早期療育服務經驗交流研討會會議實錄。台北市：中華民國智障者家長總會。
- 台北市衛生局(2002)九十年度台北市衛生醫療年鑑。台北市：衛生局。
- (2003)九十一年度台北市衛生醫療年鑑。台北市：衛生局。
- (2004)九十二年度台北市衛生醫療年鑑。台北市：衛生局。
- (2005) 93 年度台北市衛生醫療年鑑。台北市：衛生局。
- (2006) 95 年公共衛生護理工作手冊。台北市：衛生局。
- 民生報(1993)照顧「特殊兒童」可望納入兒福法／智障福利團體立院座談：提案增修條文，獲多位立委允諾支持。1 月 19 日。
- 立法院公報(1993)院會記錄 82(4): 3-284。
- (2006)委員會記錄 95(34): 267-312。
- 朱鳳英(2000)台灣發展遲緩兒童通報轉介及個案管理服務現況——以台北市為例。中外早期療育服務經驗交流研討會論文。台北：中華民國智障者家長總會。
- (2007) 台北市早期療育服務社區照顧經驗。護理雜誌 54(5): 18-23。
- 行政院衛生署國民健康局(2005)兒童健康手冊。台中：行政院衛生署國民健康局。
- (2007) 2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告 NO.1：國民健康訪問調查。台北：國家衛生研究院。
- 吳嘉苓(2000)醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析。台灣社會

- 學研究 4: 191-268。
- 宋芊晴(2004)失落的案主——影響疑似發展遲緩兒童現身與接受服務的因素探討。靜宜大學青少年福利研究所碩士論文。
- 李淑君、陳麗美、高森永、譚開元(1999)全民健康保險兒童預防保健服務利用情形及其相關因素之調查研究。中華職業醫學雜誌 6: 185-212。
- 周文麗、鄭麗珍、林惠芳(2000)台灣早期療育的發展與未來展望。文教新潮 5: 7-12。
- 周月清、許昭瑜(2004)醫療模式抑或社會模式——早期療育個案管理實例研探。(國立政治大學)社會學報 36: 113-147。
- 林文源(2007)論行動者網絡的行動本體論。科技、醫療與社會 4: 65-108。
- 林佩蓉(2007)看懂寶寶健康手冊・easy go! 媽媽寶寶 250。
- 林美瑗(2006)慢飛天使：我與舒安 20 年的早療歲月。台北市：心靈工坊。
- 邱大昕(2008)「殘障設施」的由來：視障者行動網絡建構過程分析。科技、醫療與社會 6: 21-67。
- 金幼婷、卓妙如(2003)發展遲緩之概念分析。身心障礙研究 1(1): 57-64。
- 洪淑萍、黃以琳、陳琬琪(2003) Smart 使用兒童健康手冊四部曲。育兒生活 158: 194-199。
- 姚人多(2001)認識台灣：知識、權力與日本在台之殖民治理性。台灣社會研究季刊 42: 119-182。
- 紀金山、宋民麗(2004)影響發展遲緩兒童發生的因素探討：以「旗山地區幼兒人口調查」為例。兒童及少年福利期刊 6: 41-54。
- 紀櫻珍、古智愷、吳振龍、黃富源(2005)兒科醫師對兒童預防保健認知、態度與參與意願之探討。北市醫學雜誌 2:1107-1116。
- 紀櫻珍、許君強、古智愷、張偉斌、劉德明、許朝程、吳振龍、黃富源(2006)兒科醫師對兒童健康手冊量表之評論。北市醫學雜誌 3:47-56。
- 孫世恆、楊玲芳(2006)早期療育發展遲緩兒童篩檢模式之建立。物理治療 31(6): 383-390。
- 徐澄清(2003)發展遲緩兒童之早期發展與療育 1：法源及相關規範。台灣精神醫學 17(1): 4-13。
- (2004)發展遲緩兒童之早期發展與療育 2：早期文化剝奪的影響。台灣精神醫學 18(3): 151-171。
- 翁菁菁、鄒國蘇(2005)三歲以下發展遲緩兒童之臨床特徵。北市醫學雜誌 2(6): 535-544。
- 張文華(2006)嬰幼兒生長遲緩。健康圖書館：嬰幼兒保健。網址 <http://health.wedar>。

- com/show.asp?id=3705
- 張曉卉(2006)搶救十萬個慢飛天使。康健 89: 104-110。
- 梁媽純、邱瑞金(2006)守護慢飛天使的基地——中國醫藥大學附設醫院小兒神經科／兒童發展暨行為科。康健 93: 148-150。
- 許靖敏(2002)發展遲緩兒母職經驗與體制之探討：以女性主義觀點分析。台大社會學研究所碩士論文。
- 陳怡沁(1999)小兒科專科醫師與家醫科專科醫師對於「全民健保兒童預防保健服務」的態度、認知與執業情形之計畫調查。國防醫學院公共衛生學計畫所碩士論文。
- 陳偉德、江界山、黃伯超(1999)改定的生長曲線圖：台灣地區 1997。中台灣醫誌 4: 256-63。
- 陳麗美(2004)台灣地區零至六歲兒童體位標準建立之研究（二年計畫）。國民健康局九十三年度科技研究發展計畫。
- 陳嬾如(2003)我國早期療育政策過程研究：以倡議團體的角色分析。嘉義：中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 湯國廷(2008)教你讀懂兒童健康手冊。台北：新手父母。
- 黃碧霞(2006)內政部兒童局推動與執行發展遲緩兒童早期療育服務之使命（任務）。兒童及少年福利期刊 10: 1-5。
- 萬育維(1997)發展遲緩兒童早期療育之研究——轉介中心鑑定中心合作模式之規劃（內政部委託研究計畫）。台北：陽明大學衛生福利研究所。
- (2000)從發現到安置。社會建設 94: 66-73。
- (2001)早期療育中心角色與定位之研究。內政部兒童局委託研究報告。
- 萬育維、莊鳳如(1995)從醫療與福利整合的角度探討我國發展遲緩兒童之早期療育制度之規劃。社區發展季刊 72: 48-60。
- 雷游秀華(1992)推波引水發刊詞。推波引水 1:1。
- 廖華芳(1998)發展遲緩兒童早期療育專業團隊合作模式。中華民國物理治療學會雜誌 23(2): 55-67。
- 廖華芳、李宜靜、吳文豪、林麗英、高麗芷(1999)台北市醫療機構兒童早期療育服務之調查。中華民國物理治療學會雜誌 24(3): 161-173。
- 廖靜芝(2002)台灣發展遲緩兒童早期療育服務的團隊合作模式的發展與困境。2002年兩岸四地社會福利學術研討會論文集。台北：中華文化社會福利基金會。
- 趙鎮民、蔡悅琪(2006)生長遲緩。基層醫學 21:359-366。
- 潘信良(2002)發展遲緩兒與早期療育。台大醫網 9: 10-11。
- 鄭玲宜(2007)台北學前兒童發展檢核表：修訂版編製原理與實作技巧。兒童發展

- 篩檢種子人力培訓研習手冊。台北：中華民國發展遲緩兒童基金會。
- 聯合報(1995)基層醫師訓練不足，嬰幼兒定期健診淪為打預防針專用，篩檢遲緩兒童，未能嚴把關。10月5日。
- (1996)台北的第一兒童早期療育委會成立。12月29日。
- 謝昌成、張守治、劉鎮嘉、蕭雅尤(2007)兒童常見的生長問題——生長遲緩。基層醫學 22: 231-234。
- 羅福松(2007)「嬰兒肥」好健康？！媽媽寶寶 2007年5月號。網址：<http://www.mombaby.com.tw/baby/detail.asp?sn=0705080004>
- 蘇淑貞、李美慧(2006)婦幼健康照護之現況與展望。社區發展季刊 114: 191-204。
- 鐘育志(2000)台灣兒科醫學會第 161 屆學術演講會教育演講：小兒科學之最新發展——如何早期發現發展遲緩兒童。台灣兒科醫學會雜誌 41: 51-59。
- Barnett, Randy (2000) *The Structure of Liberty: Justice and the Rule of Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Barker, Kristin K. (2008) Electronic Support Groups, Patient-Consumers, and Medicalization: The Case of Contested Illness. *Journal of Health and Social Behavior* 49: 20-36.
- Becker, Gay, and Robert Nachtigall (1992) Eager for Medicalisation: The Social Production of Infertility as a Disease. *Sociology of Health & Illness* 14(4): 456-471.
- Berger, Joseph, Cecilia L. Ridgeway, M. Hamit Fisek, and Robert Z. Norman (1998) The Legitimation and Delegitimation of Power and Prestige Orders. *American Sociological Review* 63: 379-405.
- Bogard, William (2006) Surveillance Assemblages and Lines of Flight. Pp. 97-122 in *Theorizing Surveillance: The panopticon and beyond*, edited by David Lyon. Cullompton: Willan Publishing.
- Bowker, Geoffrey C., and Susan Leigh Star (1999) *Sorting Things Out: Classification and Its Consequence*. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press.
- Broom, Dorothy H., and Roslyn V. Woodward (1996) Medicalisation Reconsidered: Toward a Collaborative Approach to Care. *Sociology of Health & Illness* 18(3): 357-378.
- Bury, Michael R. (1986) Social Constructionism and the Development of Medical Sociology. *Sociology of Health & Illness* 8(2): 137-169.
- Callon, Michel (1986) Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Briec Bay. Pp. 196-223 in *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?*, edited by John Law. London: Routledge.

- Canguilhem, Georges (1991) *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books.
- Clarke, Adele E., and Joan H. Fujimura (1992) What Tool? Which Jobs? Why Right? Pp. 3-44 in *The Right Tools for the Job: at Work in Twentieth Century Life Sciences*, edited by Adele E. Clark and Joan. H. Fujimura. Princeton: Princeton University Press.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U. S. Biomedicine. *The American Sociological Review* 68: 161-94.
- Clarke, Adele E., and Susan Leigh Star (2007) The Social Worlds Framework: a Theory/Methods Package. Pp. 113-137 in *The Handbook of Science and Technology Studies*, 3rd ed., edited by Edward J. Hackett, Olga Amsterdamska, Michael Lynch, and Judy Wajcman. Cambridge: MIT Press.
- Conrad, Peter (2005) The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46(1): 3-14.
- (2007) *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider (1992) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. (Expanded ed.) Philadelphia: Temple University Press.
- Durkheim, Emile, and Marcel Mauss (1967) *Primitive Classification*. Chicago: University Of Chicago Press.
- Foucault, Michel (1979a) *Discipline and Punish*. New York: Vintage Books.
- (1979b) *The History of Sexuality, vol. 1. An Introduction*. London: Allen Lane.
- (1991) Governmentality. Pp. 87-103 in *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, edited by Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller. Chicago: University of Chicago Press.
- (1994) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- Freidson, Eliot (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago, IL: Aldine.
- Fujimura, Joan (1992) Crafting Science: Standardized Packages, Boundary Objects, and “Translation.” Pp. 168-221 in *Science as Practice and Culture*, edited by Andrew Pickering. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Furedi, Frank (2006) The End of Professional Dominance. *Society* 43(6): 14-18.
- Illich, Ivan (1976) *Medical Nemesis*. New York: Pantheon.

- Jasanoff, Sheila, ed. (2004) *States of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. London and New York: Routledge.
- Kaufman, Sharon R., Janet K. Shim, and Ann J. Russ (2004) Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges. *Gerontologist* 44(6): 731-738.
- Latour, Bruno. (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1990) Visualisation and Cognition: Drawing Things Together. Pp.19-68 in *Representation in Scientific Practice*, edited by Michael Lynch and Steve Woolgar. Cambridge: MIT Press.
- (1993) *We Have Never Been Modern*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Law, John (1999) After ANT: Complexity, Naming and Topology. Pp.1-14 in *Actor Network Theory and After*, edited by John Law and John Hassard. Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- (2002) Objects and Spaces. *Theory, Culture & Society* 19(5/6): 91-105.
- Meisels, Samuel J. (1989) Can Developmental Screening Tests Identify Children Who Are Developmentally at Risk? *Pediatrics* 83:578-585.
- Petersen, Mario C., David A. Kube, and Frederick B. Palmer (1998) Classification of Developmental Delays. *Seminars in Pediatric Neurology* 5:2-14.
- Porter, Theodore M. (1995) *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton: Princeton University Press.
- Project Forum at NASDSE (1998) Quick Turn Around: Developmental Delay. Project Forum at National Association of State Directors of Special Education, Alexandria, VA. Retrieved from ERIC Full-Text: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED428490>
- Rose, Nicolas, and Peter Miller (1992) Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology* 43(2): 172-205.
- Sandler, Adrian D., Chairperson Dana Brazdziunas, Carl Cooley, Lilliam González de Pijem, David Hirsch, and Theodore A. Kastner (2001) Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children: Committee on Children With Disabilities (Policy Statement). *Pediatrics* 108:192-195.
- Shapin, Steven, and Simon Schaffer (1985) *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Princeton: Princeton University Press.
- Shim, Janet K., Anna J. Russ, and Sharon R. Kaufman (2006) Risk, Life Extension and



- the Pursuit of Medical Possibility. *Sociology of Health & Illness* 28(4): 479-502.
- Shonkoff, Jack P., and Samuel J. Meisels (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Star, Susan Leigh, and James R. Griesemer (1989) Institutional Ecology, Translations and Boundary Objects - Amateurs and Professionals in Berkeley's-Museum-of-Vertebrate-Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* 19: 387-420.
- Starr, Paul (1993) Social Categories and Claims in the Liberal State. Pp. 154-179 in *How Classification Works: Nelson Goodman among the Social Sciences*, edited by Mary Douglas, David Hull and Nelson Goodman. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Strauss, Anselm L. (1978) A Social World Perspective. Pp. 111-34 in *Studies in Symbolic Interaction*, edited by Norman Denzin. Greenwich, CT: JAI Press.
- Tsai, Kuen- Ying (2004) A Study of Kindergarten Teachers' Understandings of Developmental Delay. 台北市立師範學院學報：教育類 35(1): 155-180.
- Vailly, Joëlle (2006) Genetic Screening as a Technique of Government: The Case of Neonatal Screening for Cystic Fibrosis in France. *Social Science & Medicine* 63(12): 3092-3101.
- Winner, Langdon (1986) Do Artifacts Have Politics? Pp. 19-39 in *The Whale and the Reactor: A Search for Limits in an Age of High Technology*, edited by Langdon Winner. Chicago: University of Chicago Press.
- WHO (2006) WHO Child Growth Standards Based on Length/Height, Weight and Age. *Acta Padiatrica Supplement* 450:76-85.
- Zola, Irving Kenneth (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review* 20: 487-504.

## 網站

- PTT 實業坊 [telnet://ptt.cc](http://ptt.cc)
- 小草莓日誌 <http://jocelynku.blogspot.com/>
- 中華民國發展遲緩兒童早期療育協會 <http://www.caeip.org.tw/html/modules/news/>
- 內政統計年報 <http://www.moi.gov.tw/stat/year.aspx>
- 台北市早期療育綜合服務網 <http://www.tpscfddc.gov.tw/medicine/check.htm>
- 國民健康局健康九九衛生教育網 <http://health99.doh.gov.tw/EducZone/edukits.aspx>
- 國民健康局網站 <http://www.bhp.doh.gov.tw/>
- 發展遲緩兒童基金會 <http://www.fcdd.org.tw/html/>
- 慢飛天使網 <http://kids.eden.org.tw/>

## 尋求更適切的分析進路

曾凡慈

這篇論文對我來說，實在是一個料想不到的轉彎。最早的緣起，在於我對當代台灣社會兒童觀與育兒價值的好奇。然而，初步瀏覽文獻的過程中，不斷跳出強調早期童年發展如何影響孩子一生成就的諄諄話語（在我看來無非是以科學之名行規訓母職之實的話術），隨即又發現，這並不只是一套被動的知識倉儲，召喚母親們回應成為馴化主體；國家原來早已建立一套監管系統，以提供遲緩兒童早期療育為名，主動對早期童年發展進度施以密集的制度性檢查。

我以為這是一個重大的制度變革，有能力重寫人們對早期童年、乃至於對兒童本身的認知，也是國家權力媒合社會團體更進一步向私領域與親密關係的滲入，因此它絕不只是一個針對特殊兒童的保護措施，而是一個普遍性的、廣納全體兒童人口的治理方案（當然它對特殊群體確有強化檢查的傾向）。但有意思的是，當我大驚小怪地詢問周遭親友對這件事的看法，多數年輕父母或者不曾察覺這個系統正在作用，或者略知一二但視其為理所當然。我發現這個監管權力原來具有保護色，無論是在醫療機構操作、或是在幼教／托園所施行，都是那麼貼近原本場域的世界觀與例行事務，因此能夠安靜而順理成章地遂行發展凝視，國家權力的代理人在日常實作中甚至無須為此多做正當化。而在初步探索發展遲緩的相關界定之後更讓我困惑，它是一個相當複雜且充滿不確定性的身心狀況，並非明確可徵的疾病或障礙，顯然大半檢查人也非專業者，為什麼監管網絡還是可以集結起來並且某種程度上是有效地運作？

於是我開始有興趣，想要弄清楚這個新的監管系統，包括它的現在以及來龍去脈。然而，一開始有目的地收集資料後卻驚覺陷入迷霧，台灣的早療體制竟然如此複雜，在政府單位不但橫跨三個不同部門（常被批評為多頭馬車）、在地方上也經常是各縣市各行其是（或被美名為百花齊放），在實作上更是力求整合多方專業，各專業又是人言言殊，總有不同的界定與做法，光是辨識出在這段簡短的歷史中哪些社會團體具有重要性，澄清其論述與立場、資源與限制，並確認彼此之間的關係，以勾繪出早療系統在多方力量折衝拉鋸下踉蹌推進的過程，就是一個耗時費力但卻饒富樂趣的解謎過程。

然而，當自認有了初步的理解與所需的素材，如何選擇適當的分析方式來結構這些蕪雜的生料、賦予社會學意義，卻成為最大的難

題。為此，我不斷尋找各種理論觀點，試著用它們來闡釋這個過程，每次找到一個觀點就改寫一個版本，卻總覺得說不明白這個故事，甚至也說不足它的重要性與意義。從最早的醫療化理論關注醫療專業權威擴張，到社會類屬分析關注文化變遷，乃至於強調科技物對網絡連結的貢獻，都讓我在寫作過程中焦慮自己無法充分說明在當權者的意志與人類行動與認知之間，那種多重性的連結如何建立與如何起作用。直到某天嘉苓秀出一本Jasanoff的著作，大力讚嘆她所提出的co-production 具有驚人的綜攝能力，有助於促進科技研究與社會學基本議題的對話，我拜讀之後發現「這正是我要的！」並著手改寫新的版本，終於才確立了我認為較適切的研究路徑，能夠涵蓋這個議題真正涉及的範圍，並解明它所蘊藏的最終提問——關於當代社會秩序如何可能的問題。

帶著論文到研討會、工作坊中發表，都像是參加魔鬼訓練營一樣刺激。但我總覺得所有願意讀你生澀作品，並無私給予意見的人都是天使，包括後來的論文審查人以及編委會，都讓我有機會察查自己在分析上的各種盲點。而確實將探照燈略為移位就能看見不同的世界，最深刻的感受是必須注意到自己心中對研究對象的評價，以及這樣的評價如何影響資料收集與詮釋的方向。或許是因為最初是從治理權力的概念出發，我一直預設這個監管體系與監管凝視是「成功」的，並以為只要有疑似遲緩兒童的通報量為證據就足夠。因此我所寫出的第四個版本斷言監管裝配「遂行無間斷的發展凝視」，完全沒意識到自己犯了推論過當的錯誤。這個盲點先後歷經多位老師提點，我才真正覺察到是自己身為研究者的見獵心喜，而非國家的大能創造出一個全控的機器，然後生產出目前這個故事，希望更對稱地觀照到現實世界的異質性、背叛、脫稿演出與各種非預期結果。

我也經常被問到「立場」的問題。關於治理權力的本質，我只能試圖說明而無法給予評價。在最近對母親的訪談中，我也曾動念想提供篩檢表給某位憂心孩子發展狀況的報導人，或有時忍不住參與進孩子幾歲應該有什麼樣發展的意見交換網絡。而當面對一些「請問妳對現在的做法有什麼改進建議」的詢問時，我也會一面回答應該降低篩檢工具的偽陽性、確認本土發展遲緩盛行率以設立合理工作目標云云，一面也焦慮自己是不是變成監管裝配的「共犯」？生產性權力是否是可比擬壓迫性權力的惡？當意識到包括社會學在內的學術知識愈來愈成為現代社會治理方案與技術的構成要素，我還在尋求更適切的研究位置。