

# 「健康」作為核心的互涉性研究

## ——以醫學<sup>1</sup>、公共衛生、體育與運動領域為對象

孫佳婷\*

### 摘 要

「健康」議題是醫學、公共衛生、體育與運動領域的共同核心關注，不過長期以來領域之間的交流仍屬缺乏。本研究之跨領域論述乃建立於「互涉性」概念與臺灣既有社會基礎上，環繞著「健康」議題，將醫學、公共衛生、體育與運動領域並置，透過系所與課程設置、實務現場、學術研究三個路徑呈現部分事例，試圖梳理此三領域現有之外部關聯，以利知識相互調用與驗證，朝互為所用、互為主體的願景邁進。研究發現，此三領域在人才培育、實務權責分配與研究發展等面向都呈現高度關聯，顯示跨領域合作之利基與可能。不過健康概念與知識的建構受到整體社會的規範所牽引，因此分歧的健康發展政策往往使各部門資源難以整合，而不同領域的專業性與各自遵循的典範，也形塑出對健康不同的想像與知識體系，進而影響後續的實踐工作與目標。另外，領域的排他性、受限的研究資源，以及批判實踐與知識在地轉化的缺乏，都使得跨領域工作至今難以有效開展。本研究嘗試促發更多研究者援引不同領域之經驗，共同討論與回應「健康」這個概念在當代所連結之系列問題，超克「健康」議題的跨領域研究困境，而以互涉性作為進路，有利於追求視域融合與價值普遍性，進一步開展新的論述空間。

**關鍵詞：**健康、知識、論述、運動介入、跨領域研究

---

\*孫佳婷，國立交通大學社會與文化研究所博士生，E-mail: tinnalovefriend@yahoo.com.tw

## **An Interdisciplinary Research with “Health” as the Core: Taking the Fields of Medicine, Public Health, Physical Education and Sports as the Objects**

*Chia-Ting Sun* \*

### Abstract

Health is the common core concern in the fields of medicine, public health, physical education and sports, yet the communication among these three fields is still lacking. The interdisciplinary discourse of this research is based on the concept of “interdisciplinary” and existing social basis of Taiwan. To juxtapose the fields of medicine, public health, physical education and sports by surrounding the issue of health. Some examples are presented through three routes of department and curriculum setting, practical on site and academic research. This research aims to sort out the existing external relationships among these three areas, so as to facilitate the mutual invocation and verification of knowledge, and pursues a vision of mutual use and interactive subjectivity. The research found that these three areas are highly correlated in terms of talent cultivation, allocation of responsibilities of practical work, and development of research. It shows the niche and possibility of interdisciplinary cooperation. But the construction of health concept and knowledge is drawn by the norms of whole society, therefore the divergent policies of health development often make it difficult to integrate resources across departments. And the professionalism of each area and the

---

\*Chia-Ting Sun, Doctoral student, Graduate Institute for Social Research and Cultural Studies, National Chiao Tung University. E-mail: tinnalovefriend@yahoo.com.tw

paradigms they follow are shaping different imaginations and knowledge systems of health and also affects the subsequent practical works and goals. In addition, the exclusiveness of the fields, the limited research resources, and the lack of critical practice and the localization of knowledge make it difficult to carry out the interdisciplinary work effectively. This research attempts to encourage more researchers to draw on their experiences of different fields to jointly discuss and respond to the series of issues linked to the concept of "health" in the contemporary era, and to overcome the dilemma of interdisciplinary research in "health" issue. With interdisciplinary research as a way is conducive to pursue the fusion of horizons and the universality of values, and to further develop a new space for discussion.

**Keywords:** Health, Knowledge, Discourse, Exercise intervention, Interdisciplinary Research

## 一、前言：回到原點的提問

本研究問題意識源於研究者環繞著「健康」議題開展學術研究、實務工作與回顧過往所受專業訓練時，穿梭於醫學、公共衛生、體育與運動領域三者間所感受到的知識與實踐上的斷裂，「健康」作為此三領域共同關注的焦點，領域各自所持有的不同立場與典範依歸雖促使其概念多元開展，但同時也因囿限於臺灣社會現行框架與文化規範等種種因素，產生了相當程度的疏離。

運動與健康的發展在臺灣緊密交纏，有別於歐洲將「運動即生活」落實於環境設計與日常之方式，<sup>1</sup>「以運動作為媒介、健康作為目的」則是臺灣各級單位較常倡導之理念方向。全球以這種概念為基運作的一大例子便是美國運動醫學會 (American College of Sports Medicine, ACSM) 所大力提倡的健康計劃「運動即良藥」 (Exercise is Medicine, EIM)，其鼓勵醫生與其他保健提供者將身體鍛鍊活動列入患者治療計劃，並將之視為解決二十一世紀全球公共衛生問題的一個有效方案，此計劃不僅促使教練、生理學家、醫師、公共衛生師等不同從業人員建立一個相互轉介病患的管道，也提供了不同的證照培育課程與合作指南，以利健身專業人員與醫師和其他保健機構能創造良好的合作經驗。<sup>2</sup>

健康和身體間的關係時常受到社會結構與政策之影響，而將人們導向

---

<sup>1</sup>許多歐洲的大學如巴黎第八大學、義大利都靈大學等都沒有如臺灣高教課程中的必修體育課程，但提供了校級、市級的體育性社團與跨校競賽，學生可以自己選擇想要投入的運動，而公園或公共場所中往往設置有適合不同年齡層施作的運動器材，如重量訓練機械、設有障礙的沙坑、跑酷場等，德國慕尼黑市中心的英國花園 (Englischer Garten) 內，更有條人工挖鑿的「冰溪」 (Eisbach)，湍急處可衝浪、跳水，和緩處可游泳、泡水，不論季節總是充滿人潮。

<sup>2</sup> “American College of Sports Medicine,” *How to Work with Health Care Providers: A Systematic Approach*, 2017. [http://www.exerciseismedicine.org/support\\_page.php/exercise-professionals/](http://www.exerciseismedicine.org/support_page.php/exercise-professionals/), 10 Oct. 2017.

不同的生活型態、運動模式與醫療慣習，各種身體觀的差異顯示了健康與疾病並非一絕對的線性或因果關係，而是文化、權力與信念交會後的結果。在體育與運動領域中，多數的實務與研究工作源自對於身體與心靈活動的關切，健康不僅是一個可經計劃而漸進達成的目標，也是人實踐美好生活的基本條件。依據聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 定義，「健康不僅是消除疾病或羸弱，更是體格、精神與社會的完全健康狀態」<sup>3</sup>，亦即身體能發揮正常功能，精神上能正確認識自己並應付壓力、對工作與他人作出貢獻，並能持有道德觀念與他人和諧共處的安適狀態 (well-being)。不過如何才能算是「完全」的健康呢？

健康作為一個「可欲的」對象，涉及了價值判斷與政治操弄，社會學者朱元鴻曾在其有關病理與政略的研究中藉重讀康吉萊姆、傅柯與涂爾幹，揭示了常態 (the normal) 與病態、異常 (abnormal) 的定義並進行解構，他指出，常態與病態並非對立的範疇，任何常態性只要能忍受既有常規的違逆侵害，克服矛盾並處理衝突，並向未來的可能性開放，就可以稱為健康。<sup>4</sup>不同地域所產生的健康問題以及需求都大不相同，便利的交通、資訊傳遞與頻繁的互動使得許多跨國議題進入了全球公共衛生的領域，<sup>5</sup>加以科技社會的快速節奏與生活型態的轉變，人何以能保持如上述所言安

---

<sup>3</sup> 刊載於 61 個國家代表經 1946 年 6 月 19 日至 7 月 22 日，於紐約召開的國際衛生會議通過並簽署之《世界衛生組織正式記錄》，其亦列於 1948 年 4 月 7 日生效的《世界衛生組織組織法》的序言中，自 1948 年以來，該定義未曾更改。詳參：聯合國世界衛生組織，〈世界衛生組織組織法〉，〈<http://www.who.int/about/who-we-are/zh/>〉，2017.10.10 檢索。

<sup>4</sup> 朱元鴻，〈從病理到政略：搞歪一個社會學典範〉，《台灣社會研究季刊》，24（臺北，1996.11）：109-141。

<sup>5</sup> 在公共衛生相關議題中，「全球衛生」(global health) 一詞漸漸被用以取代原先慣用的「國際衛生」(international health)，依世界衛生組織 (WHO) 所言，「國際」一詞指涉了十九至二十世紀間，公共衛生著重於管理跨國界的流行病控制，而「全球」這個詞則包含了更多的行動者，強調全球健康相互依存的關係。詳參：Brown Theodore M., Marcos Cueto, Elizabeth Fee, "The World Health Organization and the Transition from "International" to "Global" Public Health," *American Journal of Public Health* 96.1 (Washington, DC, October 2011): 62-72.

適的狀態，又如何賦予「健康」新的定義？尤其在全球化時代，人們漸漸走向醫療化 (medicalization)、<sup>6</sup>生物醫療化 (biomedicalization)、<sup>7</sup>藥療化 (pharmaceuticalization) 等非線性進程，<sup>8</sup>個體某些生命中必然會遭遇的情節開始「被轉變」為醫學問題，<sup>9</sup>疾病的定義不斷被重新改寫，為達社會規範之維持，醫療也成為一種間接監控或是管理身體的形式，<sup>10</sup>介入常民知識架構的不對等醫病權力關係，則時常產生諸多弔詭。

醫學以預防、治療、診斷疾病和促進健康為主，是一門全面照護身心靈的應用科學，依據目的、歷史進程、地域等不同條件，能再進一步區分為各類醫學分支。長久以來，醫學作為國家用以介入與管控人口的生命治理工具，其殖民性在現代化的公共衛生發展歷程中受到許多學者的注意，它的轉變往往涉及道德與經濟、政治結構的協商，臺灣則因自身長期之後殖民情境而使反動的批判能量與知識的在地化行動略顯薄弱。要探究臺灣

---

<sup>6</sup>傅大為提到，「醫療化」是一個核心概念，來自 Zola, Conrad, Foucault 等人，它描述醫師群體的知識權力及其病理概念不斷擴張與監控，直至深入影響到過去與醫療無關的人民生活領域中去。不過他認為這個大致以醫師專業為中心的觀點，近年來也屢朝「生物醫療化」、「藥療化」等方向不斷地演進。請參：傅大為，《亞細亞的新身體：性別、醫療與近代台灣》（臺北：群學，2005），1-464。

<sup>7</sup>Adele E. Clarke, Janet K. Shim, Laura, M., Jennifer R. Fosket, Jennifer R. Fishman, "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S.," *American Sociological Review*, 68.2 (Washington, DC, April 2003): 161-194.

<sup>8</sup>Simon J. Williams, Paul Martin, Jonathan Gabe, "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis," *Sociology of Health & Illness*, 33:5 (Medford, March 2011): 710-725.

<sup>9</sup>傅大為認為「醫療化」的身體就是現今的趨勢，我們把愈來愈多的身體問題都看成是醫療問題，請參：傅大為，〈一隻烏仔或雙人枕頭？談威而剛與男性身體〉，《醫療與社會共舞》，成令方編（臺北：群學，2008），192-199。在過去的醫病關係中，當主體被判定為「病患」後，就很難翻轉其角色，且會被期待以病患的姿態出現，如果依其自身真實反應表現某些行為、情緒，則其不符社會期待的表現都很容易被歸類為病徵的展現，這種狀況尤其容易在精神醫療領域出現。醫療化除了是隨時代變遷所致之外，亦受醫療商業化所影響，醫療在經濟因素的介入後，一味追求獲利而喪失了照護之本質，造成諸多爭議。

<sup>10</sup>此處規訓與管控等概念源自下列兩本書：米歇爾傅柯 (Michel Foucault) 著，《規訓與懲罰—監獄的誕生》(*Discipline and Punishment: The Birth of the Prison*) (劉北成譯) (新北：桂冠，1992)；米歇爾傅柯 (Michel Foucault) 著，《臨床醫學的誕生》(*Naissance De La Clinique*) (劉絮愷譯) (臺北：時報，1994)。

醫療與衛生政策轉變就必須先釐清歷史脈絡，因為經濟與政治是左右決策的主要因素。<sup>11</sup>對此，李尚仁與雷祥麟等學者都曾對臺灣的醫療史做過細膩的爬梳與討論。<sup>12</sup>臺灣的醫學發展難以用「德日制」與「美制」的二分法去切割歷史界線，因為它不僅包含了日治時期醫學的遺產、大陸協和現象及美國援助，更有戰後來自世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 等國際單位的參與，<sup>13</sup>由於臺灣醫療發展奠基於多方的殖民與援助經驗，因此長期以來也慣於援引歐美知識作為臺灣參照與取樣的對象。

臺灣早期醫療深受日本殖民時代影響，而後西方醫學東漸，逐漸取代臺灣既有醫療型態與技術，<sup>14</sup>不同視域的醫學技術在身體上展現了不同醫療取向角力的結果。<sup>15</sup>西方醫學早期藉由殖民活動廣布世界，現代意義的「公共衛生」源於十九世紀的歐洲社會，由於科學技術的發展與權力的擴張需求，西方國家為了管理社會秩序、富國強兵、拓展海外政治經濟勢力，開始推動各種人口健康治理政策。<sup>16</sup>現代西方醫學在其擴張的歷史中所呈現的知識排他特質和市場壟斷性格，使得 1970 年代後有愈來愈多的研究者與評論者認為現代生物醫學本身就具有帝國主義或殖民主義的特性。<sup>17</sup>現代醫學在歐美透過與國家的共生 (symbiotic) 關係進行殖民，1848 年英國設立的〈公共衛生法〉(The Public Health Act)、殖民時期基於資本擴張的防疫與優生工作、二十世紀初美國公部門與大學紛紛成立的公衛機構，

<sup>11</sup>郭文華，〈美援下的衛生政策：1960 年代臺灣家庭計畫的探討〉，《臺灣社會研究季刊》，32 (臺北，1998.12)：39-82。

<sup>12</sup>請參照：李尚仁，〈醫學、帝國主義與現代性：專題導言〉，《台灣社會研究季刊》，54 (臺北，2004.06)：1-16；以及雷祥麟，〈杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究〉，《科技、醫療與社會》，11 (臺北，2010.10)：199-263, 265。

<sup>13</sup>郭文華、張淑卿，〈美援醫療〉，《台灣醫療四百年》，經典雜誌編 (臺北：慈濟人文志業中心，2006)，142-166。

<sup>14</sup>包括對於身體的觀點、使用藥物及治療的核心理念、對常規醫療體制外醫療技術的涵納程度及醫學所牽涉的諸多文化層面。

<sup>15</sup>傅大為，〈亞細亞的新身體：性別、醫療與近代台灣〉，1-464。

<sup>16</sup>鄭雅文，〈公共衛生的興起〉，〈[http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read\\_11.htm](http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read_11.htm)〉，2016.01.05 檢索。

<sup>17</sup>李尚仁，〈醫學、帝國主義與現代性：專題導言〉，1-16。

或是當代由於現代化所產生的種種疾病防治都是其例。<sup>18</sup>

由於公共衛生是一門藉預防醫學、健康促進、環境衛生與社會科學等管道，試圖整合社區資源以面向大眾提供疾病預防和促進健康的管理學，積極介入與權衡各種利益衝突，因此公眾的關注也從知識的轉變開始拓展到國家與政治面向，其發展歷程與醫學有極為密切的聯繫。而臺灣的公共衛生發展自 1972 年公共衛生學會設立始，除了接合國際情勢與經濟發展，以提升全民健康品質為主要宗旨外，另一項重要的任務即在醫學領域的脈絡外，爭取公共衛生專業角色與知識建構的正當性與合法性。<sup>19</sup>1980 年代後，在新自由主義風潮橫掃全球的大趨勢下，臺灣政府也採取新自由主義的政策，從而更加速臺灣社會的資本主義化，鑲嵌在政經體系中的公衛體系也開始走上醫療市場化的道路，<sup>20</sup>醫療從一種奠基於社會福利基礎的國家公共財，逐漸演變成依據消費能力決定的私人商業行為，這些發展軌跡都不斷影響健康的定義，大眾也在消費社會的轉型過程中，由被動接受醫囑的病患，成為主動尋求醫療服務與諮詢的「使用者」。<sup>21</sup>另一方面，由於經濟與生活慣習等因素的轉變，與運動相關的健康問題也成為時代的

<sup>18</sup> 鄭雅文，〈公共衛生的興起〉，〈[http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read\\_11.htm](http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read_11.htm)〉，2016.01.05 檢索。

<sup>19</sup> 請參照：台灣公共衛生學會，〈公衛大事記〉，〈<http://www.publichealth.org.tw/about.asp>〉，2017.10.10 檢索。

<sup>20</sup> 陳美霞，〈福利／公衛／醫療作為反抗資本主義制度的場域〉，《台灣社會研究季刊》，94（臺北，2014.03）：181-198。

<sup>21</sup> 成令方曾言，過去的醫病關係暗喻著就醫者一定是生病者，以及醫師擁有至高知識權威的醫療化概念，而新形式的「醫用關係」（user-professional relationship）代表著就醫者未必都是生病者，他們也可能是找醫生諮詢的醫療資源使用者（users）。例如近年「溫柔生產」的推動即在呼籲讓孕婦決定自己想要的生產方式，回歸自然與自主，避免非必要的預防性醫療與身體管理。這意味著，原本屬於公共治理範圍的個人身體，嘗試在複雜的政治權力關係中奪回部分自主權，醫療專業的商品化、病患或醫療使用者的消費者化以及醫療規範制度的變化等，都促成了一種以病患為中心的身體史的新發展，成為了性別與醫療議題的新轉折。請參：成令方，〈醫病關係的新視角：醫「用」關係〉，《醫療與社會共舞》，成令方主編（臺北：群學，2008），126-135；傅大為，〈亞細亞的新身體：性別、醫療與近代台灣〉，1-464。



新興議題。<sup>22</sup>

繁多且分歧的權力來源，以及社會與經濟等結構性因素在健康議題上所營造出的張力，至今仍深化於臺灣人民的身體、潛意識與生活方式之中。要全面的理解勢必無法只從單一學科、視角或劃設某一時間範圍來進行，而需要將臺灣置入在地、區域以至於全球的發展史及脈絡中去思考其複雜的交互關係，並藉由跨領域研究揭示其結構。有關權力來源與健康知識的建構，許多醫學史與公衛領域學者都已提出非常豐富且數量龐多的研究成果，<sup>23</sup>故本研究無意依循此脈絡進行回溯，而欲立基於體育與運動領域之角度，嘗試指出醫學、公共衛生、體育與運動三個領域間的一些連結性與斷裂性。由於研究興趣之故，近年研究者在歐洲參與了一些由聯合國下屬組織、歐洲主要醫療與公共衛生機構所辦理的會議，其中，於 2017 年 8 月研究者赴德國參與「第九屆傳統亞洲醫學國際研討會」(9<sup>th</sup> International Congress on Traditional Asian Medicines, ICTAM IX 2017)，<sup>24</sup>來自各國的心理學、歷史學、醫學、社會學、語言學等領域學者齊聚一堂，重新探究在當代醫學勢力相互競逐的權力版圖下，健康的意義與本質。有鑑於研究者自身體育與運動領域之學術訓練背景，該會議促使研究者回頭省察「健康」概念在臺灣脈絡中之意義。

參照臺灣之醫療與公共衛生領域的健康衡鑑標準，體育與運動領域扮演的是積極促進的中介角色，除提升因應外在變化與延續生存所需之體適能、降低罹患慢性疾病之風險、增進心理健康與人際互動等面向，運動作為一種生活態度，凸顯的是人之所以為人，在需求層次上對於真善美與自

<sup>22</sup>如運動不足所導致的肥胖症、運動過度所引起的免疫力下降等。

<sup>23</sup>如前文所提之傅大為、郭文華、張淑卿、陳美霞、成令方、鄭雅文、雷祥麟等人。

<sup>24</sup>本文主題之初步概念曾於「2017 體育政策與休閒觀光國際學術研討會」中進行口頭發表，該次發表內容乃奠基於研究者赴德參與會議後，為探究各國學者所持身體觀之異同，並反思在當代西方醫學與傳統亞洲醫學相互競逐的權力版圖中，健康和身體間的關係所綜整之資料。而後研究者將探究場域置於臺灣，故生成本文。請參：孫佳婷，〈融入與介入：以醫學為徑探究差異的身體觀與健康〉。2017 體育政策與休閒觀光國際學術研討會。國立臺灣師範大學，2017.08。口頭發表。

我實現的追求，以及不斷超越自我、反觀自身的哲學思考。亦即「健康」雖為體育與運動領域的核心關注，但體育與運動領域同時也提供了一條進路，讓我們可以試圖去超越大眾對於健康的想像與建構，在肉身與精神之外、在既有的對話空間之外，延展出一個新的論述場域，去回應由「健康」這個概念所開展的一系列新浮現的提問。而在這項重要的拓展工作之前，即需要先對所涉領域之間的關係做一初步梳理，此即為本研究之主要工作所在。

## 二、研究方法

醫學、公共衛生、體育與運動各自作為淵源已久、價值與知識體系建立完善的學科，本身所指涉與包含的意涵就已非常廣泛，不同層次與面向的界定又能進一步區分出不同的討論題綱與方向。跨領域進行論述有其具體研究方法上的難度，<sup>25</sup>袁大鈺與唐牧群曾在以科技與社會研究 (STS) 作為研究對象的文章中詳細介紹跨領域研究的發展、定義、面向與特質，<sup>26</sup>文中提到，由於跨領域研究之相關文獻仍尚缺乏，追溯所涉學術社群的智識網絡結構有其必要性，「跨領域社群不侷限於相同學科背景，其知識互動乃建立在研究主題與議題上」。

亦即，議題乃跨領域研究開展的一個核心因素，因此本文乃試圖依循醫學、公共衛生、體育與運動的「學科互涉性」(interdisciplinarity) 與交互關係進程，<sup>27</sup>將它們並置在一起，在互涉性研究<sup>28</sup>的概念與既有的社會

<sup>25</sup>請參：林承宇，〈藥品廣告規範之傳播政治經濟學取徑分析：跨領域議題規範新思維〉，《傳播與社會學刊》，42(香港，2017.10)：189-223。

<sup>26</sup>請參：袁大鈺、唐牧群，〈跨領域學術社群之智識網絡結構初探：以臺灣科技與社會研究為例〉，《圖書資訊學刊》，8.2(臺北，2010.12)：125-163。

<sup>27</sup>羅衛東在其文章中引皮埃爾德拜之言，認為從某學科領域到跨學科領域的過程是漸進的，大致可分為五種情況：分屬不同領域的研究者平行的研究同一課題的不同方面，並闡述研究的不同關係；不同領域研究者同時研究同一問題並對彼此所獲結果做協調與整合；不同領域研究者共同研究同一問題並提出各自的假說，並以批判方

基礎下，<sup>29</sup>選定「健康」為本文之論述議題主軸，研究範圍則聚焦於梳理醫學、公共衛生、體育與運動領域在臺灣所呈現的「外部交集」。<sup>30</sup>本文之跨領域立論，乃以社會科學中跨領域視域的方法論概念與具體的社會研究方法進行。<sup>31</sup>其步驟首要乃說明本文主要探究題旨—臺灣之醫學、公共衛生、體育與運動領域在「健康」議題上所呈現的現有關聯為何？接著對此三領域進行資料蒐集與文本分析，分別透過系所與課程設置、實務現場、學術研究三個進路呈現部分事例，加以整理與詮釋後，進一步對本研究題旨進行回應。

本研究期能促進領域間知識相互調用與驗證，以進行更深入及廣泛的學術探究與實踐工作。由於各領域對於「健康」的需求、目的及實踐工作都有其理念與衡鑑標準，如林承宇在其以跨領域立論方式討論健康素養之研究中所言，由於主題所涉現象與方法論概念均屬「大架構」或「大範圍」論述，對於期刊論文有限之篇幅而言實須有所取捨，因此雖已界定論述主軸，但仍恐有論述不詳之遺憾，針對此點，另行撰文以補足相關討論是妥

---

法以達共識，形成一共同結果；某領域運用其他領域的分析方法或技術以提供該領域新的視角與範式；某領域使用其他領域已獲之成果以得出新的系統性創見。前三者較傾向以不同學科領域並置的方式進行研究，後兩者較具跨學科領域的性質。研究者認為，雖其演進有時並非線性之過程，但本文所探討之三個領域之間的關係，普遍而言仍處於前兩者。請參：羅衛東，〈跨學科社會科學研究：理論創新的新路徑〉，《浙江社會科學》，2（浙江，2007.03）：35-41。

<sup>28</sup>互涉性研究涉及機構或系統建置、領域間的連結等不同層次，隨著科技整合等態勢與需求，互涉打破了不同學科原本的邊界，拓展了知識場域，在這個新興空間中，原本交相混雜的各種論述、理論、既有成果可以被加以梳理而成為具有秩序性的新的知識、且與真實世界保持互動與關聯，而互涉也重新定義了學科之間的關係。

<sup>29</sup>針對「跨領域研究」所進行的研究正漸豐碩，本處所言之跨領域概念，可參下文前兩節：袁大鈺、唐牧群，〈跨領域學術社群之智識網絡結構初探：以臺灣科技與社會研究為例〉。

<sup>30</sup>有關權力來源與健康知識建構的議題，醫學史與公衛領域學者（如文內所提之傅大為、郭文華、張淑卿、陳美霞、成令方等人）都已提出非常豐富且數量龐多的研究成果，故本研究並不依循他們的脈絡去溯源這些領域的發展進程。

<sup>31</sup>細節可參下文：林承宇，〈藥品廣告規範之傳播政治經濟學取徑分析：跨領域議題規範新思維〉，《傳播與社會學刊》，193、201-202。

適且負責之舉。<sup>32</sup>而在本研究中亦有相同之研究限制，<sup>33</sup>由於本文主題不易處理，可能涉及議題廣泛，如領域自身之歷史與知識問題、領域間的權力與政治關係，社會脈絡與情境的差異等，研究者認為透過本文先行提供一概略性圖像，未來再分就各領域與構面撰文詳述，應可有利於讀者之初步理解，促使不同專業背景者加入討論、加強領域間未來的合作，<sup>34</sup>並正視此議題可能產生的貢獻。

綜言之，研究者對本文之設定在於指出不同領域在同一議題上所顯現的相關性，<sup>35</sup>並作為未來對文中三構面進行深度探討之背景與鋪陳。故本文雖可能無法含括所有現象與知識層面的問題，但仍希冀能藉此一觀三領域之間如何產生重疊與移用，並指出進一步連結的可能性，此處之不足，亦為未來研究可以繼續發展之處。

### 三、系所與課程設置

人們理解事物的位置，來自其所接受的知識體系所提供的框架，不同系所的訓練即立足於差異極大的政策脈絡與不具普遍性的個體經驗背景

<sup>32</sup>請參：林承宇，〈傳播跨領域研究的方法論習題：以「健康素養」為例〉，《傳播與管理研究》，13(嘉義，2014.07)：3-37。

<sup>33</sup>雖審委對本文期望殷切，多次建議研究者就醫學、公共衛生、體育與運動三個領域與不同分析構面分別投稿以深度詳述，希冀能看到以縱向為主深入探究之內文，不過研究者雖有不同領域之相關研究與實務經驗，但因各領域之知識與典範龐多，不敢以專業工作者自居，且受限於篇幅、環繞「健康」開展的研究層次與面向過於繁複，故本文之目的乃期能透過此三領域之分析，發揮拋磚引玉之效，使不同專業者未來能共同進行深度論述與探究，以達互涉性之本質意義。研究者認為此點意見之歧異乃源自研究者與審委在研究範圍界定與目的上之差異，實際上與審委之意見相同但順序相反。不過研究者仍依審委建議，重新審視內文，因知識論並非本文主要探究對象，且原標題之「初探」一詞並不足以描述本文試圖進行橫向連結的努力，故予以更正為現今之標題，以免失焦。

<sup>34</sup>包括領域與過程知識的交流、研究方法與技術的移用、想法和社會化的處置、行政與網絡的合作等。請參：袁大鈺、唐牧群，〈跨領域學術社群之智識網絡結構初探：以臺灣科技與社會研究為例〉，131。

<sup>35</sup>即註27所言之前段進程。

之下，使得當代的健康概念，不論在主體性、語境與知識邏輯上都產生了轉變。目前臺灣與健康有關的系所眾多，大多下轄於醫學院、護理學院、健康與管理學院、運動與休閒學院、公共衛生學院。因欲培育之人才分為實務人員、政策領導人員、教育與研究人員，未來從事健康相關工作之性質亦有所差異，所以課程設計皆有各自著重的面向。雖各系所主要設置宗旨、目標與單位配置各異其趣，但「健康促進」大致皆為課程開設的核心概念，以一般大學為例，國立臺灣大學公共衛生學院下之健康政策與管理研究所，設有「健康促進」和「健康服務與產業」兩組，分別以「健康政策」、「健康行為」及「健康照護機構管理」、「健康產業發展」為主要課程方向；國立金門大學健康護理學院下之長期照護學系設有社區衛生保健、公共衛生概論、健康促進與衛生教育課程；長庚大學醫學院下的護理系則將健康促進與疾病、公共衛生概論、健康議題等設為課程選修；健康促進與公共衛生概論則多為各大醫學系之課程選項之一。

而師範體系過去在推動轉型為綜合大學前，師資培育為其主要目標，以國立臺灣師範大學為例，其健康促進與衛生教育學系以健康教育與輔導為主，健康促進與衛生教育導論、健康行為科學、公共衛生教育為必修，健康管理、衛生與福利政策、高齡者健康促進、醫務管理則在選修課程選項內。值得注意的是，在中等學校健康與體育領域健康專長之師資職前教育專門課程中，其註明健康促進與衛生教育學系、護理系、公共衛生學系皆為適合培育之相關學系、所，不論是國民中學健康與體育領域健康主修專長或高級中等學校健康與護理科，兩者共同必修課程皆有安全教育與急救、心理衛生、性教育、健康行為科學、學校衛生、藥物教育與健康促進，而公共衛生教育、環境教育、流行病學、青少年健康行為與問題、醫療服務與健康保險、死亡教育則列為共同必修。若欲取得國民中學健康與體育學習領域健康主修專長者，需選修體育學科或術科共四學分，<sup>36</sup>而欲認證

---

<sup>36</sup>學科為體育行政與管理、運動心理學、運動生理學、運動生物力學、人體解剖生理

健康與體育學習領域體育主修專長者，亦須於健康行為科學、學校衛生、性教育、營養教育、安全教育與急救、藥物教育、健康促進、心理衛生等健康促進與衛生教育學系課程中修習四學分，健康與體育概論則是兩者之共同核心課程，不同學校之此領域師資職前培育課程認定亦大多與此相去不遠。<sup>37</sup>

體育師資培育過程中可選修之適應體育課程，主要在養成教師具協助身心障礙者進行身體活動之基本知能，其內容往往與職能治療學系在復原生活功能等面向之課程有所關聯；歐美國家所創生的舞蹈治療（dance therapy）、戲劇治療（drama therapy）等訓練課程，意在培養藉由引導他人進行身體活動與諮商以達治癒心理問題或抒解心理困境等目的之專業人才，體育與運動學系所開設的身心學、動作分析、健康心理學、創造性舞蹈等課程與之有異曲同工之妙。在各體育與運動相關學系中，許多必修課程皆與醫學系、物理治療學系之基礎課程相似，如生理學、生物力學、解剖學、心理學、生化學、傷害與保健、身體概論、營養學、體適能、貼紮與處方等，但體育與運動相關學系更加著重於運動場域中的現象與需求，而如高雄醫學大學之運動醫學系等系所則兼具兩者特色，其大致分為運動科學、體適能指導與運動防護三個方向，這些課程都為運動科學與醫學建立連結提供了利基。尤其在當代科技長足進步下，體育與運動領域近年特別熱衷於運動科技與器材的開發，積極尋求與生物科技產業合作的可能性，這些課程所奠定的基礎都有助於跨領域人才的培養與實務合作。

普遍而言，公共衛生領域傾向以公共系統與政策的改善來達成提升健康狀態的目標，而醫學領域則較從個人面向出發，旨在解決以個人作為最

---

學，術科為田徑、游泳、體操、舞蹈與國術，每課程各為兩學分，亦即須修習兩門課，上述課程皆為國民中學健康與體育領域體育主修專長與高中體育科之必修課程。

<sup>37</sup>詳細課程列表可參照：國立臺灣師範大學師資培育與就業輔導處，〈國立臺灣師範大學培育中等學校各任教學科領域、群科專門課程科目及學分一覽表〉，〈<http://140.122.64.68/upload/tep/specialized/5-2-2.htm>〉，2017.10.10 檢索。

小單位的健康問題，體育與運動領域則多以身體活動為媒介來實踐健康本質，三者所觸及的範圍與對象上有所差異，而培育課程之組成也由此產生不同。另一方面，醫學領域為引導學生於教學過程中解決實務問題，養成主動學習與批判思考的精神所倡導的問題導向學習 (Problem-Based Learning, PBL)，其採建構主義觀點 (constructivist view) 的教學法也同樣在充滿互動與專業技術的體育領域中被積極的運用；除此之外，行動研究法則亦常被公共衛生、體育與運動領域採用，前往一線現場並在實踐工作中尋求答案的方式，不只面向了實境工作的需求，亦說明了這些領域面臨著不斷變動的環境與挑戰。

#### 四、實務現場

政治哲學與價值權衡的差異決定了各國之體制發展，並進一步的形塑了對於健康不同的立場與實務工作方向。在政府權責部分，健康相關事務主要由衛生福利部掌理，不過教育部體育署在全民運動的工作範疇中也提出許多以促進健康為主軸之計畫，如過去之零時體育計畫 (Zero Hour PE) 與 333 體適能計畫，都是為了提升健康體適能所辦理的項目。333 計畫推動每週至少運動 3 次、每次至少 30 分鐘、每次心跳率約每分鐘 130 次，藉以養成對運動保健和健康體適能的良好態度、認知及行為，且鼓勵學生、家長和教師共同參與。另外，教育部體育署推動設置之體適能檢測站共有三種，其一是對象為 23 歲以上未滿 65 歲之國民檢測站，其二是對象為 65 歲以上之國民樂活檢測站，其三為配合十二年國教所設置之中學校園體適能檢測站，<sup>38</sup> 前兩者皆開放醫療衛生機構申請設置，這顯示了

---

<sup>38</sup>一般樂活站可申請設置單位為全國公、私立大專校院或醫療衛生院所、依法設立或登記之全國性民間體育運動團體、依法設立或登記之全國性社團或財團法人及其他經體育署專案核定者；樂活檢測站可申請設置單位則為全國公、私立醫療衛生院所、附設醫學院之大專校院、過去曾配合設置國民體適能檢測站之具經驗單位及其

醫學和體育與運動領域間彼此支援、協作的需求。

為有效落實上述項目，教育部體育署每年開放多梯次的體適能檢測員與指導員免費培訓，不過其目的唯著重於「具備協助國民體適能檢測站實施體適能檢測之能力」，<sup>39</sup>研究者認為甚是可惜，既已開放年滿二十歲以上不同背景人員參與，<sup>40</sup>應加強普及健康生活之概念、增加如運動處方研擬等相關專業課程，並積極建立與醫療、公共衛生相關機構之轉介合作，亦即，應更注重推動或從事體適能相關活動時的過程，而非單純著重於評估的結果，引導相關人員設計並執行具有健康促進跨理論模式(Transtheoretical Model, TTM) 概念的體適能課程，使個體能從前意圖期、意圖期、準備期，往行動期與持續期邁進，在潛移默化中將運動行為與健康概念建立起來。<sup>41</sup>

至 105 年底，臺灣已有 163 家通過 WHO 健康促進醫院 (Health

---

他經體育署專案核定者，此類須與醫療院所合作辦理。校園體適能檢測站則以中學生與同等學力生為主要對象，以作為推動體適能與升學採計之用。詳請參：教育部體育署，〈體適能網站〉，〈<http://www.fitness.org.tw/>〉，2017.10.10 檢索；臺北市政府，〈教育部體育署 104—105 年度國民體適能檢測站設置實施計畫〉，〈<http://sports.gov.taipei/ct.asp?xitem=111366961&CtNode=44759&mp=104061>〉，2017.10.10 檢索。

<sup>39</sup>體適能檢測員每梯次約受理一百至兩百人次免費報名，凡年滿二十歲，並符合下列任一資格者皆可申請：教育部體育署委託設立之國民體適能檢測站相關人員、全國各級學校之教育人員、全國公、私立醫療衛生院所相關人員、全國體育運動學會/協會/中心/團體相關人員、全國公、私立大專校院體育運動相關科系所學生。體適能指導員則須年滿二十歲並符合下列資格方可報名：報考初級者須高級中等以上學校畢業，中級者須為經初級指導員檢定合格並具一年以上指導經驗或為大學體育運動相關系、所畢業。報考者須具有有效期限內之 CPR 心肺復甦術急救術合格證明」並通過術科檢定。請參照：教育部體育署，〈體適能網站〉，<http://www.fitness.org.tw/>。

<sup>40</sup>面向非體育與運動背景人員所推動之體適能檢測專業人員培訓成果之一可參考：卓俊辰、童淑勤、陳俐文，〈基層衛生人員之健康體能師資培訓模式及活動推展情形之評估研究〉，《體育學報》，15（臺北，1993.07）：47-59。

<sup>41</sup>藉由促進覺醒、提供正確訊息、喚起個體情感與自我再評價、鼓勵個體公開表達決心、增強管理與情境替代等方式進行。請參照：Bess H. Marcus, Bernardine M. Pinto, Laurey R. Simkin, Janet E. Audrain, Elaine R. Taylor, "Application of Theoretical Models to Exercise Behavior among Employed Women," *American Journal of Health Promotion*, 9.1 (California, September 1994): 49-55。



Promoting Hospital) 國際認證之機構，包含 148 間醫院、13 間衛生所、2 間長期照護機構，醫院與健康促進政策之首次連結源於 1970 年代末期美國醫院協會 (American Hospital Association) 所發表的一份鼓勵醫院發展健康促進照護服務項目的聲明稿，如今其所欲達到之目標為有效利用資源、依據擬定計劃於醫院層級實施健康促進課程鼓勵醫療機構間的經驗交流、並將典範以文字加以記錄與評估。<sup>42</sup>研究者認為，應推動體育與運動領域人員對校園以外的場域如醫療院所、私人運動或健康照護機構，提供除了體適能檢測站外的運動專業諮詢與服務，以利推廣與建立領域間合作。近年在醫院端有愈來愈多醫生傾向在綜合評估與治療後，將病患轉介給復健科進行運動測試，而後由運動指導員擬定運動處方，使病患在可監測的環境下安全活動以促進生活品質與健康。如西園醫院下屬之永越健康管理中心有針對新陳代謝疾病系統、肌肉骨骼運動傷病系統與銀髮族所設置之運動處方與指導項目，<sup>43</sup>臺安醫院健康發展部下亦設立運動中心，提供運動保健班等付費課程。另外，各大醫院在近年亦大幅增設了運動醫學中心，依照運動員需求與個人狀態，提供專業諮詢與特殊的運動傷病處置。

在中學階段，因教師員額、專長與領域授課時數之關係，體育教師有較高機率被分配兼授健康教育 / 健康與護理課程，反之亦然，但比例較低。而因屬性關係，體育教師接任行政職務之機會亦較高，在規模較小或員額不足的學校，體育與衛生組業務往往被予以兼併或由同一教師同時兼

<sup>42</sup> 臺灣衛生福利部國民健康署，〈健康促進醫院〉，<<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=537&pid=639>>，2017.10.10 檢索。

<sup>43</sup> 新陳代謝疾病系統運動處方與指導項目包含高血壓降壓運動計劃、高膽固醇與三酸甘油酯減除運動計劃、糖尿病降血糖運動計劃、肥胖減重運動計劃、心肺功能強化與增強免疫系統運動計劃、自律神經失調、失眠、倦怠與活氧計劃、腹部減脂與腰部曲線運動計劃、體態雕塑與健身健美運動計劃；肌肉骨骼傷病運動系統之運動處方與指導項目則有退化性膝關節運動計劃、五十肩運動計劃、功能性脊椎側彎運動計劃、肩頸酸痛與僵硬改善運動計劃、骨外科術後功能恢復運動計劃、椎間盤突出與腰椎滑脫之腰背強化運動計劃、慢性酸痛改善運動計劃。詳請參：永越健康管理中心，〈復健體適能運動中心〉，<<http://www.eonway.com.tw/ch/prevention/content7.asp>>，2017.10.10 檢索。

任之。體育組主要職掌以建立學生運動習慣、推動水域安全教育、辦理體適能檢測與各項促進健康之運動競賽等為主，而衛生組則需擬定各式健康促進與保健計劃、推動環境與餐飲衛生教育、傳染病預防、藥物防治教育、性教育等《學校衛生法》內明示之學校衛生相關工作範疇。於常態宣導與防制部分，則因現行教學場域行政工作繁重，因此許多學校的不同行政組別會嘗試合併辦理有關之活動，如衛生組與輔導組合併辦理心理衛生推廣體驗、衛生組與生教組合併辦理藥物與成癮物質防制宣導、衛生組與體育組合併辦理體適能與健康促進活動等。

在執行業務之前，承辦人員須接受政府所辦理之特定研習或培訓，雖所事與公共衛生師或護理人員所推動之業務大幅重疊，但由於其場域為學校且這類教師往往非畢業於公共衛生、衛生教育或醫學相關學系、所，又缺少任何以繼續教育補滿相關學分以報考公共衛生師或護理人員的管道，因此他們並不具備報考公共衛生師或護理人員之資格。由於教師兼任行政職務之體制本來就一直存在不少爭議與問題，加上校園內之專業護理人力吃緊，更難以針對其權責歸屬與專業的不可取代性進行釐清，權責歸屬與專業的不可取代性是當初公共衛生領域在推動〈公共衛生師法〉時就曾面對的問題，<sup>44</sup>在不同場域中的實踐工作，仍需要所屬領域人員進一步思考與因應。

以證照觀之，體育與運動相關系所畢業者，往往須在修業過程考取各種與緊急醫療或護理有關之證照，如政府認證之初級救護技術員 (Emergency Medical Technician 1, EMT1)、紅十字會等單位辦理之 CPR 心肺復甦術急救術與救生員證照。而體育與運動領域背景者常考取的運動傷

---

<sup>44</sup>台灣公共衛生學會於 1988 年首次提出將公共衛生師列入國家專業考試（當時為中華民國公共衛生學會），2001 年該會草擬公共衛生師法之法案，但因為醫界的反對、不同專業師別間的權責劃屬等問題，直到 2014 年公共衛生師才正式列入專技人員考試種類範疇。請參照：台灣公共衛生學會，〈公衛大事記〉，<<http://www.publichealth.org.tw/about.asp>>，2017.10.10 檢索。

害防護員 (Athletic Trainer, AT) 證照,<sup>45</sup>在報考時亦須具備各級救護技術員證照,其所須具備的能力與普考物理治療生 (Physiotherapist Assistant, PA)、高考物理治療師 (Physiotherapist, PT) 須擁有的解剖學、生理學、肌動學、生物力學與運動治療等基本物理治療知識,及徒手按摩、增進或保持肌力、耐力、平衡、協調、關節活動度與動作技巧等技術,基本上有類似的養成過程,但物理治療師所受之訓練在深度及廣度上更為深入,且進一步的分成了骨科、神經、小兒、心肺運動等支,而運動傷害防護員則更多的聚焦於運動場域之處置與專業訓練。因此,長庚大學物理治療學系更開設了運動傷害防護員學程,<sup>46</sup>以利學生畢業後能報考運動傷害防護員證照。臺灣的物理治療師並無場域的限制且能擔任運動傷害防護的工作,但運動場域的工作則與運動傷害防護員有一定程度的重疊性,加以政府及相關機構所提供的運動傷害防護員甄選缺額並不多,因此臺灣長期以來都存在兩者間競合與專業性之爭議。普考職能治療生 (Occupational Therapy Assistant, OTA) 與高考物理治療師 (Occupational Therapist, OT) 則在其培育與從業過程中可粗分為生理障礙、小兒、心理障礙與社區職能治療等支,曾修習特殊教育、體育師資培育課程或者適應體育課程之體育與運動相關背景者,在這些面向可能有相同的基礎知能,但職能治療師由於所接觸的對象更為多元,且面對的徵狀往往更為複雜,因此須具備更廣泛的知

<sup>45</sup>申請運動傷害防護員檢定者,應年滿二十歲以上,持有依〈救護技術員管理辦法〉發給之有效各級救護技術員證書,並符合下列規定之一:一、教育部核准立案或符合教育部採認規定之國內外專科以上學校運動醫學、運動保健、運動健康相關科、系、所畢業,領有畢業證書並經運動防護實習期滿,成績及格;二、教育部核准立案或符合教育部採認規定之國內外專科以上學校畢業,領有畢業證書,且修習運動傷害防護員檢定規定課程取得學分證明文件,經運動防護實習期滿,成績及格;三、自中華民國一百零三年十二月十八日〈運動傷害防護員資格檢定辦法〉修正施行前已擔任大專校院運動防護專業課程教師,並持有服務學校開具之證明;四、已取得其他國家運動防護師證書。請參照:臺灣運動傷害防護學會,〈證照專區〉, <<http://www.tats.org.tw/license>>, 2017.10.10 檢索。

<sup>46</sup>請參照:長庚大學物理治療學系,〈運動傷害防護學程簡介〉, <<http://pt.cgu.edu.tw/files/13-1032-25130.php>>, 2017.10.10 檢索。

識理論與實務經驗。

不同證照之間設置的畢業系所與報考背景要求，基於維持專業的角度有排他的必要性，本研究所列舉之部分，並非意在打破這些既有規定，而是希冀藉由指出這些關聯，使相關從業人員得以發現未來領域間能進一步合作的方式，並且作為未來學生報考與發展之參考，尤其在現代化各種現象下，如長時間使用電腦與科技所導致的坐式生活方式、大眾因社會快速變遷而感到的焦慮感、在短時間內要求外型整飭與體能提升而採用錯誤的飲食或運動方式導致傷害、各種新式職業病的興起、長期照護之需求漸增等，都使得上述這些領域之間的關係更加緊密而有待開發新的合作方式。

## 五、學術研究

依前言所述，「以運動作為媒介、健康作為目的」是臺灣常見的思維方式，這意味著運動往往是為達某種特定健康目標所採用的方式，這種較為功利主義的趨勢除了源自早期「體力即國力」的論述、體育與運動領域的學科位置，<sup>47</sup>也涉及現代化過程中人們時間分配的壓力。不過即使如此，仍不能忽視以運動作為介入方案的研究迄今之豐碩成果，許多以此為題的研究都在實境現場給予了患者或有需求者立即性的協助，解決了相關研究的盲點與難題，並且增加了運動推廣的普及度與可信度。如探究太極拳對肺疾病患在運動耐力、生活品質及健康狀態等面向的影響、<sup>48</sup>龍舟運動對乳癌術後患者的影響、<sup>49</sup>運動訓練對改善肥胖症的重要性、<sup>50</sup>游泳運

<sup>47</sup>過去最明顯的例子即為教育部推動的「教學正常化」方案，該案試圖在臺灣以升學為導向的教育體制中，維護各科課程的落實（尤其是藝能科），避免借課、挪用等情事。在注重升學的氛圍下，運動習慣難以養成，而唯有讀書高的風氣也使早期體育與運動領域各學門之研究，往往較不如其各母學科般受大眾重視。不過在過往數十年間，許多領域學者對於領域知識的貢獻與努力，亦讓此景況漸有改變。

<sup>48</sup>沈雪珍、郭素娥，〈系統性文獻回顧—探討太極拳在慢性阻塞性肺疾病患運動耐力、生活品質及健康狀態之成效〉，《台灣公共衛生雜誌》，35.1（臺北，2016.02）：39-52。

<sup>49</sup>林依媚、施登堯，〈乳龍共舞：龍舟與乳癌術後患者〉，《身體文化學報》，19（臺北，

動對唐氏症之益處、<sup>51</sup>運動對老年糖尿病患者的健康效益、<sup>52</sup>自行車運動對改善腎病患者體適能之作用、<sup>53</sup>游泳運動對氣喘患者的助益、<sup>54</sup>健走運動對健康體位管理之影響等、<sup>55</sup>核心訓練對下背痛患者之知覺與肌力的影響等。<sup>56</sup>

不同運動技能對於知覺、訊息反饋、肌肉力量、協調性等方面所產生的生理刺激差異，使其可對應於改善不同症狀，且許多不須器械的傳統東方身體活動不只在醫學與公共衛生領域被大幅使用，更常被大眾用以鍛鍊身心、養生保健，氣功、太極拳、武術、瑜珈等運動，<sup>57</sup>往往在身體活動之時亦須進行姿勢調整、呼吸調節、冥想與感知自身等步驟，對於身心穩定皆有所裨益。廣泛被運用的各種運動項目所呈現的是運動與醫學之間密不可分的关系，而運動介入除了被頻繁的使用於公共衛生領域所提「三段五級預防」中的第一級「健康促進」與第五級「復健」外，亦程度不一的出現於第二到第四級預防中，卓俊辰認為，以正常人為對象的研究可以作為疾病研究很重要的基礎，<sup>58</sup>這顯示了運動相關研究對於醫學或公共衛生研究而言積極性的意義。

---

2014.12)：137-153。

<sup>50</sup>林安民，〈運動訓練於肥胖症之角色〉，《臨床醫學月刊》，80.2（臺北，2017.08）：445-450。

<sup>51</sup>陳玉蘭，〈唐氏症與游泳運動〉，《中華體育季刊》，19.4（臺北，2005.12）：17-25。

<sup>52</sup>白玉玲、王魯梅、洪士元、丘周萍，〈運動對老年糖尿病患者的健康效益〉，《台灣腎臟護理學會雜誌》，11.3（臺北，2012.09）：1-7。

<sup>53</sup>黃文君、林恒騰、周偉倪，〈末期腎病患者洗腎中之運動訓練及成效—病例報告〉，《物理治療》，29.3（臺北：2004.06）：196-201。

<sup>54</sup>王正信、洪文平、王立敏，〈游泳運動對氣喘患者的影響〉，《胸腔醫學》，19.4（臺北：2004.08）：243-249。

<sup>55</sup>洪美娟、林瑞興、吳宮頡，〈健走運動介入對教職員健康體位管理之影響〉，《屏東教大體育》，17（屏東，2014.06）：131-138。

<sup>56</sup>陳竑廷、鍾雨純、吳慧君，〈墊上核心訓練對慢性下背痛患者腰椎穩定肌力、局部血流、運動知覺及功能改善之影響〉，《運動生理暨體能學報》，21（桃園，2015.12）：13-25。

<sup>57</sup>除了晨間公園中常見的那些群聚鍛鍊的中年或老年群體，研究者不只一次在歐洲與亞洲的運動、宗教、醫學研討會中，看到以這些項目為主的實作工作坊。

<sup>58</sup>卓俊辰，〈從運動生理學到預防醫學〉，《中華體育季刊》，3.4（臺北，1990.03）：35-39。

不過，運動介入研究雖皆蓬勃於三領域中，但領域之間彼此甚少將自身與運動介入有關的研究結果發表於其他領域的期刊，一定程度的降低了互相參照與驗證的機會。張育愷等人曾在其分析身體活動流行病學研究設計的文章中提到，研究設計與趨勢的多樣化以及跨領域相互整合的模式，都彰顯出當代研究者必須具備不同領域在研究概念與方法上的基礎知識。<sup>59</sup>不過即使跨領域之研究有其需求上的迫切性，但在實際從事上仍常顯現許多難處，除了跨領域研究概念與內涵不清、缺乏統一範式與可操作的方法系統等問題，更包括體制、<sup>60</sup>學者、<sup>61</sup>學術組織模式、<sup>62</sup>資金投入等現實因素。<sup>63</sup>這導致了領域間雖有共同關注，但因為對於其他領域的書寫格式與思考邏輯不甚熟稔，且各領域對於期刊的認定與慣性涉及學術研究者限期升等與評鑑等審查過程，加上不同學科對於跨領域學術工作的接受程度，因此大幅影響交流往來的頻率與質量。<sup>64</sup>

由於醫學為自然應用科學，而公共衛生屬於管理學範疇，因此運動科學與運動管理與此兩領域較易產生關聯，不過運動人文面向與此兩領域的相關研究雖較少，但仍有部分成果。如探究歷史人物之體適能與精神意志之關係、<sup>65</sup>運動對於社會參與和身心健康之助益、<sup>66</sup>運動禁藥管制之倫理

<sup>59</sup>張育愷、王俊智、祝堅恆，〈身體活動流行病學研究設計之概述〉，《中華體育季刊》，26.3（臺北，2012.09）：283-290。

<sup>60</sup>包括專業間劃分過細、僵化的管理體制、學術成果的發表與職務晉升圍繞著核心的學科，以及缺乏對於跨領域研究者的體制化支持。

<sup>61</sup>缺乏培養具備跨領域視野、問題意識與興趣的學者之系統及保障機制。

<sup>62</sup>以協調為主的平行交流與合作關係較各領域內常見的科層制更為重要，因此難以有效調用資源、調整彼此之間的相對位置與關係。

<sup>63</sup>羅衛東，〈跨學科社會科學研究：理論創新的新路徑〉，38-39。

<sup>64</sup>這實質上也與臺灣長期親美政策所導致的知識狀況有關，SSCI 制度就是一個很明顯的例子。

<sup>65</sup>李素蘭，〈德川家康體適能與精神意志關係之研究〉，《明道通識論叢》，4（彰化，2008.05）：67-87。

<sup>66</sup>葉秀黃，〈推動木球運動提升銀髮族身心健康及社會參與〉，《嘉大體育健康休閒期刊》，8.2（嘉義，2009.08）：264-270。

學與醫學分析，<sup>67</sup>針對政府過去擬定健康衛生指標時未將身體活動列入政策方針所提出之建言等。<sup>68</sup>這一部分的缺乏也是未來相關研究者可以選擇的研究方向，藉由文、史、哲、社等進路，採不同典範或研究方法進行詮釋與分析，例如書寫個體生命經驗、探究身體活動與全球衛生之間的歷史發展脈絡等，這些研究方向在諸如醫療史、輔導學等領域都已有很豐碩的成果，體育與運動領域可以嘗試藉自身之視域開拓獨特的研究議題。

這三個領域於醫學中之交集主要呈現在現代西方醫學的區塊，<sup>69</sup>缺乏其他醫學的深度研究。中國傳統醫學在臺灣現代化的過程中已有許多新型態的轉變，過去中國傳統醫學中之傷科與運動傷害處置的關係最為密切，許多人遇到運動傷害時仍會放棄現代西方醫學而採中國傳統醫學療法。因此，如何注重防治與復健的科學性、避免不合時宜及不合醫理的治療方法，回顧中國傳統醫學中可能蘊含之有效經驗，都是中國傳統醫學未來必須重新省思的部分，<sup>70</sup>不論是經絡與針灸在運動醫學領域的應用，<sup>71</sup>或是

<sup>67</sup>曾玉華，〈管制運動禁藥的意義淺析〉，《中華體育季刊》，17.1（臺北，2003.03）：8-15。

<sup>68</sup>李淑芳、王秀華、倪薇婷，〈讓“身體活動”成為臺灣地區首要的衛生指標〉，《中華體育季刊》，22.1（臺北，2008.03）：11-18。

<sup>69</sup>研究者參與第九屆傳統亞洲醫學國際研討會（ICTAM IX 2017）時，在場的學者對於大眾常使用的「現代西方醫學」這個詞提出很多討論：「我真的很不想使用『現代西方醫學』這個詞，因為基本上它已經是全球的醫學，不只屬於西方，但我其實想了解的是西方傳統醫學的發展，傳統西方醫學基本上在現代西方醫學的興起後就已經被拒斥了，不像亞洲傳統醫學，反而有了蓬勃發展之勢」，「Asian Medicine: Traditional and Modernity? 我們很不喜歡這個期刊的副標題……可以換成 Asian Medicines 嗎？」、「為什麼 Traditional 要被稱為 Traditional?」（ICTAM 參與者，2017 年 8 月 6 日至 12 日，德國基爾大學）。對此，研究者認為在這樣的脈絡下，相對於現代西方醫學，各地的傳統醫學反而是作為一個相互映照、被凝視的他者而存在，而各地的傳統醫學其多樣性是需要被看見的，不應只作為一個「想像的單數」。另外，著名的科技、技術與社會（Science, Technology and Society, STS）領域研究者布魯諾拉圖（Bruno Latour）亦曾透過其著作《我們從未現代過》重新考察現代性中許多的斷裂與未曾被察覺的隱晦關係。有興趣者可參閱原版或中譯版：布魯諾拉圖（Bruno Latour）著，《我們從未現代過（*Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*）》（余曉嵐、林文源、許全義譯），臺北：群學，2012。

<sup>70</sup>陳俊忠、陳介甫，〈運動醫學領域中傳統醫學扮演角色之探討〉，《中醫藥雜誌》，3.2（臺北，1992.10）：1-11。

<sup>71</sup>王凱平，〈經絡學說與針灸療法——在運動醫學領域的基本運用〉，《品質季刊》，91（桃

探究如何藉由中國傳統醫學以達運動防護與治療等，<sup>72</sup>未來之實務與研究都需要審視現有模式，嘗試與當今需求結合，並重新找到定位。

另一方面，由於器材科技、生物科技與基因醫學的大幅進展，許多醫學或運動研究中心都開始慢慢建立產學合作模式，諸如營養品或藥物對於運動表現之影響、<sup>73</sup>傷者之營養補充與運動訓練策略等研究亦因此豐富而多元，<sup>74</sup>不過在現今研究聚焦在這些科技何以採「後天」的方式增強競技表現之時，當今的助孕科技已經可以在生命誕生之前介入而影響胚胎基因的質量，這對於體育與運動領域而言，無疑將會是未來無法逃避的議題，公平與正義、成功與失敗、自由與權利等概念與意義將需要重新開啟討論，醫學與公共衛生領域在這個議題的倫理與實務面向都已有很豐富的討論，亟待體育與運動領域之參與。

## 六、結論：進路與未來

本研究透過「健康」這個概念，嘗試初步描繪醫學、公共衛生、體育與運動三個領域目前在臺灣所呈現的一些外部關聯，各構面之行文或略顯凌亂紛雜，不過這同時也一定程度的顯示了這些既有關聯已觸及的廣泛範圍，以及肇因於往來深度不足所形成的斷裂，這些都還尚待整合以形成一跨領域交流網絡。不過，由於健康議題的跨領域特性，藉由回溯以尋求未來進路成為可能。

體育與運動之次領域廣泛多元，<sup>75</sup>次領域與其母學科之間雖有強烈的

---

園，2013.12)：10-11。

<sup>72</sup>林仁彬、王中原、張聰榮、何宗融，〈淺論拳擊運動傷害及中醫古籍之論治〉，《中醫骨傷科醫學雜誌》，7（臺中，2008.12）：87-96。

<sup>73</sup>李孟謙、陳建廷、孔建嘉，〈牛蒡補充劑對於提升運動表現以及抗疲勞作用之探討〉，《中原體育學報》，10（桃園，2017.07）：28-33。

<sup>74</sup>李麗珍、劉德智、王宏宗、廖翊宏，〈脊髓損傷者運動訓練與營養補充策略之應用〉，《大專體育》，112（臺北：2011.02）：92-98。

<sup>75</sup>卓俊伶，〈體育與運動科學研究現況的批判與省思〉，《體育學報》，44.3（臺北，



關聯，但往往因體育與運動領域的動態特質與應用性，發展出與母學科截然不同的研究與實務關注，所採用的典範與方法也未必與母學科相同，<sup>76</sup>而健康不只是此三領域之間的核心工作要點，亦是體育與健康領域的主要存在價值之一，因此研究者希冀藉由領域之間的互涉性，指出未來進一步合作與交流的可能契機，其中最重要的，便是學習如何相互援引經驗並找到彼此的對應關係。本研究的書寫大致環繞在健康促進與體適能兩部分，由於醫學為自然應用科學，而公共衛生屬於管理學範疇，因此在本文中透過系所與課程設置、實務現場及學術研究三條路徑所呈現的事例與連結，也大多與運動科學與管理有關，未來除須繼續開展這兩面向之研究外，也要積極自運動人文與社會科學等面向採不同典範或研究方法進行詮釋與分析。

從本文三個構面的外部關聯分析可以發現，健康知識的建構受到整體社會的規範所牽引，在不同的政治哲學與政策發展下，政府於推動健康促進與體適能相關活動時往往各自為政，難以整合與融通資源；藉由不同典範與價值取向所發展的課程，其知識脈絡與目的主要在培育不同功能、面向不同對象的服務工作者，因此也導向對於健康概念建構模式的差異。此三領域的人才養成過程雖有部分雷同的基礎與經驗，但來自不同領域間為維護自身專業地位的強烈排他性以及未來工作向度的差異，使得跨領域工作者往往缺乏相應的內、外在認可，這呈現在證照考取、實務工作的權責

---

2011.09)：315-332。

<sup>76</sup>在湯添進等人針對臺灣運動社會學發展脈絡的分析中曾提到，國際運動社會學的研究理論實際上是由少數幾位母學科出身的學者所引領的，這些學者的主張或常用的理論，反而在社會學中是乏人問津的冷門理論，他認為這或可歸因到運動領域的特殊性、運動社會學在學術理論發展上所面臨的危機，以及來自於自然學科、主流社會學及運動社會學自身的挑戰。他也提到，雖然也有一些臺灣的運動社會學者將文章投至新聞學、文化研究與社會學等母學科，但數量非常之少，研究者認為這亦與前述提到的領域之間缺少相互理解、交流等狀態有關，不只是運動社會學，整個體育與運動領域都面臨類似的考驗。請參：湯添進、陳昱文、黃郁婷，〈運動社會學的發展脈絡、理論與主流議題〉，《體育學報》，50.1（臺北，2017.03）：1-17。

歸屬等面向上；在既有的體制中，實務工作則服膺於維持社會穩定的架構，而非知識在地化的實踐，在有限的資源下也難以適切區分權責與專業責任；學術研究則受限於學術氛圍、學術評鑑系統、領域排他性等因素，難以產生持久的批判力道，也使跨領域研究的實踐工作未曾有效的開展，也因此，即使對於健康議題有共同的關注，但目前並無多元而豐碩的合作成果。

不過，大眾依舊在這樣的情境中，嘗試追求幾個不同面向上的普遍性，包含個人與集體間的道德判準與價值、知識生產與治理、風險協商與決策、經濟權衡與競逐、文化形塑與互動、專業權力與公眾話語的平衡等，顯示了此三領域未來持續對話的可能性。研究者認為，在全球化與醫療化的趨勢下，健康的定義需要重新被置入不同的社會框架與氛圍中，藉由不同角度重新被思考，這三個領域不論在人才培育、實踐工作或學術研究部分，都大幅借鑒歐、美、日等國的經驗，仍需要進一步回溯健康概念的演變與其脈絡，以進行長期的知識轉化，建構源自在地經驗的知識生產。

本研究中許多的事例，其實都源自知識生產與知識體系建構的差異，唯深入的知識論議題以及不同視域對健康概念的分析，因需奠基於歷史語境與當代發展的進程之中進行討論，囿於篇幅所限，尚待另文專述。走筆至此，可以發現健康不只是涉及醫學的個人議題，更是嵌合於社會、國家與全球的公共衛生議題，體育與運動領域對於健康有直接的影響作用，其發展藍圖、理念和實踐行動對健康概念之形塑皆有深切的關聯。因此，在學科互涉性的基礎上，我們應積極的藉由領域間轉介與交流管道之建立，促成理論與實作相互驗證，奠基於體育與運動領域長年積累的知識體系與底蘊，超克「健康」議題的跨領域研究困境、另闢新的論述空間，朝互為所用、互為主體的願景邁進。

## 謝辭

本文完成於個人受國立交通大學交換生獎助金與科技部博士生赴國外研究補助（106-2917-I-009-014）期間，先後於泰國朱拉隆功大學、義大利都靈大學與法國巴黎第八大學進行研究；2017 歐洲體育史大會之審查委員對研究者另一相關研究之評語、本文之審查委員的寶貴意見都促使本研究更加完整，特此一併申謝。

## 引用文獻

- 王正信、洪文平、王立敏，〈游泳運動對氣喘患者的影響〉，《胸腔醫學》，19.4（臺北：2004.08）：243-249。
- 王凱平，〈經絡學說與針灸療法—在運動醫學領域的基本運用〉，《品質季刊》，91（桃園，2013.12）：10-11。
- 台灣公共衛生學會，〈公衛大事記〉，〈<http://www.publichealth.org.tw/about.asp>〉，2017.10.10 檢索。
- 布魯諾拉圖 (Bruno Latour) 著，《我們從未現代過 (*Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*) 》（余曉嵐、林文源、許全義譯），臺北：群學，2012。
- 永越健康管理中心，〈復健體適能運動中心〉，〈<http://www.eonway.com.tw/ch/prevention/content7.asp>〉，2017.10.10 檢索。
- 白玉玲、王魯梅、洪士元、丘周萍，〈運動對老年糖尿病患者的健康效益〉，《台灣腎臟護理學會雜誌》，11.3（臺北，2012.09）：1-7。
- 成令方，〈醫病關係的新視角：醫「用」關係〉，《醫療與社會共舞》，成令方編，臺北：群學，2008，126-135。

- 朱元鴻，〈從病理到政略：搞歪一個社會學典範〉，《台灣社會研究季刊》，24（臺北，1996.11）：109-141。
- 米歇爾傅柯 (Michel Foucault) 著，《規訓與懲罰—監獄的誕生 (*Discipline and Punishment: The Birth of the Prison*) 》(劉北成譯)，新北：桂冠，1992。
- 米歇爾傅柯 (Michel Foucault) 著，《臨床醫學的誕生 (*Naissance De La Clinique*) 》(劉絮愷譯)，臺北：時報，1994。
- 李孟謙、陳建廷、孔建嘉，〈牛蒡補充劑對於提升運動表現以及抗疲勞作用之探討〉，《中原體育學報》，10（桃園，2017.07）：28-33。
- 李尚仁，〈醫學、帝國主義與現代性：專題導言〉，《台灣社會研究季刊》，54（臺北，2004.06）：1-16。
- 李素蘭，〈德川家康體適能與精神意志關係之研究〉，《明道通識論叢》，4（彰化，2008.05）：67-87。
- 李淑芳、王秀華、倪薇婷，〈讓“身體活動”成為臺灣地區首要的衛生指標〉，《中華體育季刊》，22.1（臺北，2008.03）：11-18。
- 李麗珍、劉德智、王宏宗、廖翊宏，〈脊髓損傷者運動訓練與營養補充策略之應用〉，《大專體育》，112（臺北：2011.02）：92-98。
- 沈雪珍、郭素娥，〈系統性文獻回顧—探討太極拳在慢性阻塞性肺疾病患運動耐力、生活品質及健康狀態之成效〉，《台灣公共衛生雜誌》，35.1（臺北，2016.02）：39-52。
- 卓俊伶，〈體育與運動科學研究現況的批判與省思〉，《體育學報》，44.3（臺北，2011.09）：315-332。
- 卓俊辰，〈從運動生理學到預防醫學〉，《中華體育季刊》，3.4（臺北，1990.03）：35-39。
- 卓俊辰、童淑勤、陳俐文，〈基層衛生人員之健康體能師資培訓模式及活動推展情形之評估研究〉，《體育學報》，15（臺北，1993.07）：47-59。

- 林仁彬、王中原、張聰榮、何宗融，〈淺論拳擊運動傷害及中醫古籍之論治〉，《中醫骨傷科醫學雜誌》，7（臺中，2008.12）：87-96。
- 林安民，〈運動訓練於肥胖症之角色〉，《臨床醫學月刊》，80.2（臺北，2017.08）：445-450。
- 林依媚、施登堯，〈乳龍共舞：龍舟與乳癌術後患者〉，《身體文化學報》，19（臺北，2014.12）：137-153。
- 林承宇，〈傳播跨領域研究的方法論習題：以「健康素養」為例〉，《傳播與管理研究》，13（嘉義，2014.07）：3-37。
- 林承宇，〈藥品廣告規範之傳播政治經濟學取徑分析：跨領域議題規範新思維〉，《傳播與社會學刊》，42（香港，2017.10）：189-223。
- 長庚大學物理治療學系，〈運動傷害防護學程簡介〉，<<http://pt.cgu.edu.tw/files/13-1032-25130.php>>，2017.10.10 檢索。
- 洪美娟、林瑞興、吳宮頡，〈健走運動介入對教職員健康體位管理之影響〉，《屏東教大體育》，17（屏東，2014.06）：131-138。
- 孫佳婷，〈融入與介入：以醫學為徑探究差異的身體觀與健康〉。2017 體育政策與休閒觀光國際學術研討會。國立臺灣師範大學，2017.08。口頭發表。
- 袁大鈺、唐牧群，〈跨領域學術社群之智識網絡結構初探：以臺灣科技與社會研究為例〉，《圖書資訊學刊》，8.2（臺北，2010.12）：125-163。
- 國立臺灣師範大學師資培育與就業輔導處，〈國立臺灣師範大學培育中等學校各任教學科領域、群科專門課程科目及學分一覽表〉，<<http://140.122.64.68/upload/tep/specialized/5-2-2.htm>>，2017.10.10 檢索。
- 張育愷、王俊智、祝堅恆，〈身體活動流行病學研究設計之概述〉，《中華體育季刊》，26.3（臺北，2012.09）：283-290。
- 教育部體育署，〈體適能網站〉，<<http://www.fitness.org.tw/>>，2017.10.10 檢索。

- 郭文華，〈美援下的衛生政策：1960年代臺灣家庭計畫的探討〉，《臺灣社會研究季刊》，32（臺北，1998.12）：39-82。
- 郭文華、張淑卿，〈美援醫療〉，《台灣醫療四百年》，經典雜誌編，臺北：慈濟人文志業中心，2006，142-166。
- 陳玉蘭，〈唐氏症與游泳運動〉，《中華體育季刊》，19.4（臺北，2005.12）：17-25。
- 陳俊忠、陳介甫，〈運動醫學領域中傳統醫學扮演角色之探討〉，《中醫藥雜誌》，3.2（臺北，1992.10）：1-11。
- 陳竝廷、鍾雨純、吳慧君，〈墊上核心訓練對慢性下背痛患者腰椎穩定肌力、局部血流、運動知覺及功能改善之影響〉，《運動生理暨體能學報》，21（桃園，2015.12）：13-25。
- 陳美霞，〈福利／公衛／醫療作為反抗資本主義制度的場域〉，《台灣社會研究季刊》，94（臺北，2014.03）：181-198。
- 傅大為，〈一隻烏仔或雙人枕頭？談威而剛與男性身體〉，《醫療與社會共舞》，成令方編，臺北：群學，2008，192-199。
- 傅大為，〈亞細亞的新身體：性別、醫療與近代台灣〉，臺北：群學，2005。
- 曾玉華，〈管制運動禁藥的意義淺析〉，《中華體育季刊》，17.1（臺北，2003.03）：8-15。
- 湯添進、陳昱文、黃郁婷，〈運動社會學的發展脈絡、理論與主流議題〉，《體育學報》，50.1（臺北，2017.03）：1-17。
- 黃文君、林恒騰、周偉倪，〈末期腎病患者洗腎中之運動訓練及成效—病例報告〉，《物理治療》，29.3（臺北：2004.06）：196-201。
- 葉秀黃，〈推動木球運動提升銀髮族身心健康及社會參與〉，《嘉大體育健康休閒期刊》，8.2（嘉義，2009.08）：264-270。
- 雷祥麟，〈杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究〉，《科技、醫療與社會》，11（臺北，2010.10）：199-263, 265。

臺北市政府，〈教育部體育署 104-105 年度國民體適能檢測站設置實施計畫〉，〈<http://sports.gov.taipei/ct.asp?xitem=111366961&CtNode=44759&mp=104061>〉，2017.10.10 檢索。

臺灣運動傷害防護學會，〈證照專區〉，〈<http://www.tats.org.tw/license>〉，2017.10.10 檢索。

臺灣衛生福利部國民健康署，〈健康促進醫院〉，〈<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=537&pid=639>〉，2017.10.10 檢索。

鄭雅文，〈公共衛生的興起〉，〈[http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read\\_11.htm](http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read_11.htm)〉，2016.01.05 檢索。

聯合國世界衛生組織，〈世界衛生組織組織法〉，〈<http://www.who.int/about/who-we-are/zh/>〉，2017.10.10 檢索。

羅衛東，〈跨學科社會科學研究：理論創新的新路徑〉，《浙江社會科學》，2 (浙江，2007.03)：35-41。

“American College of Sports Medicine,” *How to Work with Health Care Providers: A Systematic Approach*, 2017.[http://www.exerciseismedicine.org/support\\_page.php/exercise-professionals/](http://www.exerciseismedicine.org/support_page.php/exercise-professionals/), 10 Oct. 2017.

Brown, Theodore M., Marcos Cueto, and Elizabeth Fee, “The World Health Organization and the Transition from “International” to “Global” Public Health,” *American Journal of Public Health* 96.1 (Washington, DC, October 2011): 62-72.

Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura, M., Jennifer R. Fosket, and Jennifer R. Fishman, “Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S.” *American Sociological Review*, 68.2 (Washington, DC, April 2003): 161-194.

Marcus, Bess H., Bernardine M. Pinto, Laurey R. Simkin, Janet E. Audrain, and Elaine R. Taylor, “Application of Theoretical Models to Exercise

Behavior among Employed Women,” *American Journal of Health Promotion*, 9.1 (California, September 1994): 49-55 °

Williams, Simon J., Paul Martin, and Jonathan Gabe, “The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis,” *Sociology of Health & Illness*, 33:5 (Medford, March 2011): 710-725.