





# 第八章 「健康、醫療與照顧」 案例分析

林靜儀（中山醫學大學附設醫院婦產部醫師）

## 8-1 背景理念與學習目標

### 一、背景理念

臺灣過去在醫療教育養成過程，並未特別提出性別的觀點，許多臨床的醫療人員，也常說醫療是「中性的」，在從事醫療研究或處置時，性別只是個生理上的不同，卻沒有發現生理性別不同之下的需求差異，更未發現生理性別在文化和社會影響之下的健康差異；過去在制定相關政策、擬定健康預算的時候，也向來缺乏對於「性別」給予不同的假設或設計；事實上，生理性別的不同會影響疾病與健康，社會文化的刻板印象也會影響疾病與健康。例如懷孕生產是特別生理性別（女性）的需求，因此懷孕生產所需的醫療照護、或是其衍生的併發症治療，是特定性別的醫療健康議題；但是女性的醫療照護不能只窄化為「產檢」或「生育照護」。而男性在社會刻板印象或是「男性氣概文化」的影響之下，包括酗酒、抽菸、危險性行為等等所引發的疾病比例遠高於女性，此時，這些疾病或許就不能被視為特別生理性別的疾病照護或是公共衛生需求，而是



特定生理性別在社會文化之下所出現的疾病；換言之，此時對於這些疾病的處置，必須從改變社會文化偏見之下，才能得到預防疾病的結果。

臺灣因為實施全民健保，使得民眾不用因為經濟因素而無法取得健康照護，但是這是政策表面上的不分性別醫療平等，至於實質上是否達到平等的醫療照護，我們必須從許多方面來討論。我國衛生福利部（舊稱衛生署）自 2000 年以來在行政院性別主流化政策推動之下，已在各健康統計的部分呈現有性別統計的成果，由這些性別統計，可供性別分析，從中可看到不同性別在健康的不同面向。

2001 年的科學期刊 BMJ 特別大篇幅的

討論醫療政策、醫療研究、與醫療服務的提供都應考慮到性別的差異，而且這個差異並非只是男性女性的生理差異，也不是僅從「生育」這個議題看待性別差異，而是考慮刻板文化印象之下的性別不平等可能的醫療資源不公，或是性別文化偏見之下造成的健康問題<sup>1</sup>。2004 年 Doyal 在 WHO 的報告也對於性別導致的健康資源不平等提出討論，認為不同的社會結構下男性與女性的每日生活狀態對於他 / 她們的健康造成不同的影響，許多健康問題可能來自於自然差異或是性別不平等導致的資源差異<sup>2</sup>。2008 年健康與社會期刊更是詳述了非常多研究證實性別偏見之下所導致的健康不平等<sup>3</sup>，醫療教育對於性別的忽視，致使在醫療上常常可見性別盲

<sup>1</sup> Lesley Doyal: Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001,323:1061-1063.

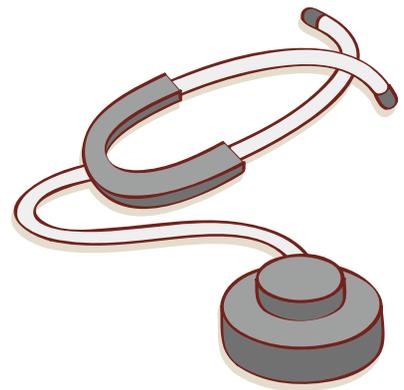
<sup>2</sup> Lesley Doyal: Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of the World Health Organization*, March 2004,82(3).

<sup>3</sup> Petra Verdonk, Yvonne W.M.Benschop, Hanneke C.J.M de Haes, and Toine L. M. Lagro-Janssen: From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv in Health Sci Educ* 2009,14:135-152.

(gender blindness)、男性偏見(male bias)、性別刻板印象(gender-role ideology)和性別不平等(gender inequality)；並疾呼醫學教育應該加入性別議題，提升性別（此處指社會性別 gender）差異和性別不平等在健康與醫療（medicine）之中的重要地位。

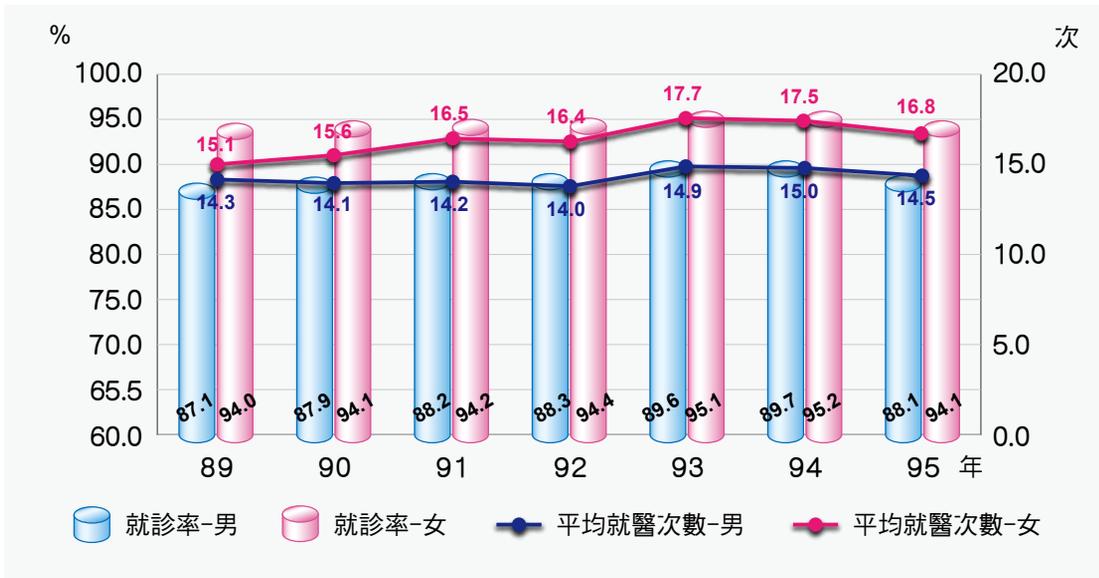
強調性別差異與健康不平等的目的，是重新思考生理性別差異之下可能的不平等，以及社會文化偏見之下造成的不平等。例如女性因為生殖器官的特性，會有特別的需求，例如生殖健康的照護；假如我們以齊頭式平等來看，女性的生理假、產假彷彿是不平等的，但是那是特定性別的特別需求；又若以我國健保支出比例來看，在女性的就診率與就醫次數是稍高於男性（圖 8-1），但是細究其中，生育年齡的女性因為懷孕分娩是其中一大因素，那麼，在考慮到健保使用的資源上，是否應該再細分年齡

層，方能看見男女在不同生命歷程時的健康支出呢？根據衛生福利部在 2008 年 4 月出版編印的性別統計圖像與分析，其中就發現男性平均每次健保醫療費用較女性為高（圖 8-2），民國 89 年時男性為 1,061 點、女性為 896 點，男性較女性多 1 成 8；至民國 95 年男性為 1,469 點、女性為 1,177 點，男性較女性多 2 成 5。<sup>4</sup>



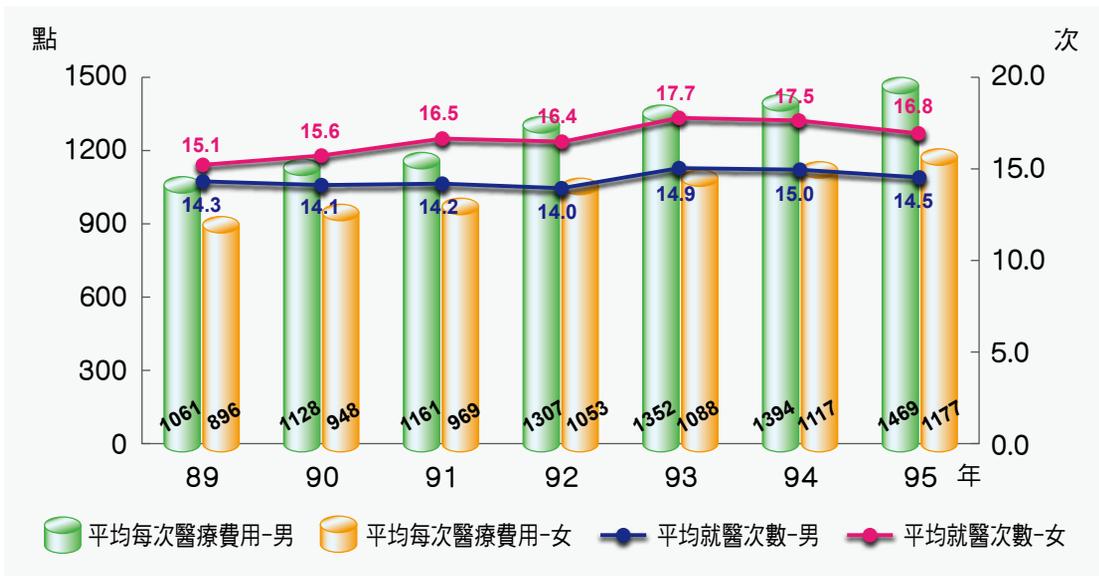
<sup>4</sup> 衛生福利部統計處，性別統計圖像與分析 2008. [http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=2204](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2204)

圖 8-1 歷年門住診就診率與平均就醫次數



(圖片來源：衛生福利部統計處)

圖 8-2 歷年門住診平均每次就醫費用與就醫次數



(圖片來源：衛生福利部統計處)

除了性別分別之外，種族的健康議題也容易被忽略；例如臺灣多數移民配偶為生育年齡的女性，其健康議題容易被窄化為生育議題，其實忽略了該族群婦女的其他健康需求，例如並未有特別以臺灣外籍移民婦女為主的更年期研究；臺灣一般常見的生產方式為仰躺（截石臥位），但是這是否真的是適合生產的姿勢？或者與原住民、外籍婦女的傳統分娩方式是否不同？能否提供多元的生產方式照護？俗稱的坐月子文化應來自廣東越族，那麼，現行的產後護理機構所使用的觀點與做法，是否符合我國不同文化種族婦女之需求？臺灣女性平均餘命較男性長，我們在政策上如何提供高齡婦女的醫療照護和資源？

即使我國在 2000 年開始實施性別主流化政策，也在 2008 年的婦女健康政策白皮書中特別加上了性別觀點與政策，然而我們依然可以在健康議題上看到，性別觀點是要一直不斷檢視、發現與學習的；在此章節將以幾個案例討論。

## 二、學習目標

- (一) 檢視現實中的性別導致資源不平等、處境不平等、健康權的不平等。
- (二) 發現刻板的性別偏見對健康權的危害。
- (三) 以 CEDAW 法規檢視我國法規現況是否達成實質平等。
- (四) 發掘可能的改善方向。



## 8-2 案例解析

### 案例一

#### 生育控制的身體自主權

張女士 38 歲，已生育三個小孩，老大老二念國小，第三個小孩因為早產而有些身心併發症，先生在國外經商，十分忙碌，偶爾回臺灣探望妻小。因為先生長年在外，張女士負責三個小孩的養育，白天要陪著身心障礙的孩子做復健課程，晚上還要注意孩子睡覺時是否有狀況，長期睡眠不良，非常疲累。先生和婆家都覺得，張女士「又不用出去賺錢，只是在家照顧小孩而已，當家庭主婦，有什麼好抱怨的」；自己的娘家很遠，也幫不上忙，只能電話訴訴苦。前幾天去倒垃圾的時候遇到對面鄰居太太，她半開玩笑的說最近電視連續劇在演第三者破壞婚姻的故事，要她「打扮一下自

己，免得變成黃臉婆被先生嫌」，張女士笑笑，心想，能睡飽都很奢侈了，還打扮什麼呢。

其實自從負擔三個孩子的照顧教育之後，張女士十分恐懼再度懷孕。她曾經試著裝置子宮內避孕器，但是出現出血症狀讓她十分不舒服，只好取出；想與先生討論避孕，但是先生覺得再懷孕再生一個也沒什麼不好，所以不願意負擔避孕責任；對先生而言，又不是養不起，為什麼不願意再生？但是對張女士而言，高齡懷孕要面對的壓力、身體的負擔、還有全部小孩的養育責任都在她一個人身上，她著實吃不消。想到先生每次返臺可能與她發生關係，懷孕的恐懼讓她備感壓力，她找婦產科醫師想要做輸卵管結紮手術，醫師卻說，要先生簽同意書才可以。張女士想，每次先生回臺灣

也沒幾天，好不容易可以陪陪孩子大家開心，跟先生討論避孕問題一定又要吵架，也就作罷了。

過年期間先生回到臺灣休假探親，想不到在這次假期中，張女士意外再度懷孕，但是她覺得無法再負擔第四次懷孕的身心壓力和第四個孩子的照顧，想要放棄；先生覺得經濟上沒有問題，希望她再生下來，為此兩人大吵了一架。

張女士到婦產科診所要求實施人工流產，醫院說，根據優生保健法，有配偶者必須要配偶同意才能簽具人工流產同意書；這讓張女士十分為難，一方面先生希望她繼續懷孕並生產，要讓他同意實施人工流產，勢必又要吵好幾次的架；二方面先生假期結束再度出國回到工作地，即使最後先生同意她終止妊娠，要如何找他回來簽同意書呢？

## ■ 性別觀點解析

一、臺灣鮮少非婚生育，根據內政部統計，約96%都是婚生子女，因此我國許多與生育有關之法令都限定了「夫妻」關係之下才成立或是有所限制；雖說生育應該是夫妻二人共同計劃決定，但是女人除了承擔懷孕分娩的風險之外，也是幼兒、孩童的主要照顧者，此一情況之下，男性與女性對於懷孕生產及家庭照顧的感受、壓力和責任分配，可能出現不同的感受。我國行政院主計總處（前行政院主計處）歷年對於家庭勞動或是婦女就業等的調查，女性始終都是家庭勞務的主要負責者，也都是年幼子女的主要照顧者。雖然民法修訂對於夫妻之間的財產規範，已經沒有男女之間的不平等，也保障夫與妻各自的財產，雖有說在生活費用之外應該協議金錢供自由處分，但是現實生活中家庭主婦對於家務勞動的貢獻還是常常被忽略，以致於對於幼兒或



老人的照顧被視為理所當然而且「很輕鬆」。

二、我國的優生保健法（修法方向將改成「生育保健法」以免「優生」之歧視意涵）第十條規定，已婚夫妻若一方要行結紮手術，須經配偶同意；除非配偶行蹤不明或精神異常。這樣的法律立論，當然是假設夫妻間對於生育的共識和責任；但是也限制了男性與女性對於自己的生育權的選擇。同樣在優生保健法第九條第六款對於人工流產規定，因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活者可實施人工流產，但除非配偶生死不明、無意識或精神錯亂者，不然應得配偶之同意方能實施人工流產。

三、無論懷孕或分娩，必須承擔其身體變化和風險的，都是女性，在大多數的家庭和文化，女性也都是嬰兒和孩童的主要照顧者，因此，女性對於懷孕、分娩的健康需求，以及

法律保障，國家都有責任提供。但是，不論結紮手術，或是人工流產，在我國法律上都還必須經過配偶同意，假如沒有配偶的成年人反而能夠自行決定，這不就代表已婚者失去對自己身體（尤其是生殖健康）的自主權嗎？其實在大部分溝通關係良好的夫妻，可能較少遇到對於結紮或流產意見相左的問題，但是，假如意見不同的狀況之下，是否婚姻中的女性就因結婚而失去對於生育控制的權力呢？

#### ■ 實務運用

一、我國已簽署 CEDAW（消除對婦女一切形式歧視公約），該公約明訂保障婦女對於生育健康之權益，包括有權決定生育間隔、生育子女數等。自 2000 年開始修訂「優生保健法」，針對人工流產規範等做出修法，然目前仍待立法院修法審議，因充滿爭議而遲遲未能通過修法。

二、挪威、瑞典等北歐國家均積極鼓勵男性參與家庭照顧，政策上甚至明定男性在其中的責任或一定比例。聯合國千禧年計畫中，特別將男性對於5歲以下孩童的照顧責任列為重要評估指標之一，我國雖然在性別工作平等法等相關法令給予男性女性育嬰留職停薪等制度，但是2009年5月到2012年12月為止，育嬰留職停薪中，男性僅占17%；事業單位給予男性陪產假平均有3天，提供陪產假的事業單位逐年增加到2012年有59%；但是申請比例一直未超過15%，有些可惜。國家與事業單位如何在文化面、政策面更加積極鼓勵男性在生育與嬰幼兒照顧的權益及責任，是值得思考的方向。

三、婦女的非預期懷孕可能與避孕知識不足、避孕工具取得困難（包括就醫困難、缺乏經濟能力等）有關，發生非預期懷孕也代表婦女必須暴露在墮胎流產或生產相關健康風險

之中；除了在法令上支持婦女的生育控制權之外，也要檢視是否有其他因素影響婦女的避孕，有哪些政策和環境因素影響了婦女的避孕。

### ■ 問題與討論

- 一、政策面如何解決女性獨力負擔生育照顧的問題？如何給予實質的支援和協助？
- 二、傳統文化上對於「照顧小孩是女人的責任」、「家庭主婦有什麼困難」此類的觀點，如何給予提升家庭照顧的地位？
- 三、法律上如何修改，使男性與女性都不因婚姻制度而限制自己的身體權、生育權？
- 四、婚姻制度的不平等可能也是臺灣不婚不生現況的原因之一，如何改善婚姻制度中的不平等？或是提供非婚姻制度之下的其他保障？

## 案例二

我國在 2010 年的經濟學人雜誌，被公布是亞洲新生兒男女性別比例嚴重失衡的國家之一，該篇報導並使用了「性別謀殺 Gendercide」這樣強烈的字眼，引起我國官方與民間的關注。國民健康署在當年 6 月的新聞稿也發布推估我國每年「蒸發」4000 名女嬰<sup>5</sup>。

事實上，「重男輕女」是漢文化自古以來的現象，不只是臺灣，包括中國，以及受過漢文化影響的韓國、新加坡，都是被點名重男輕女導致性別比例失衡的國家。中國因為一胎化的施行，本來以為可以因此可能消除重男輕女的現象，想不到文化壓迫遠遠強過政策，一胎化政策之後出現的是女嬰屠殺。臺灣、香

港、新加坡這些知識與科技較為進步的國家，則較少採取懷孕晚期放棄女性胎兒的方法，而是轉以科技的介入做為早期的選擇，包括人工生殖技術或是性別診斷技術。

雖然詢問臺灣民眾，是否有重男輕女的想法，多數人會回答「生男生女都好」，但是我們依然可以從某些數字或文化看到「特定的愛好性別」。例如雖然我國人工生殖法明訂植入胚胎或人工生殖不得選擇性別，但是到 2010 年之前衛生福利部統計數字可以看到（表 8-1），人工生殖新生兒的男女比達 117:100，2010 年後因政策強力介入而降至 102:100；可以清楚呈現，在可以操作胎兒性別的情況下，我國傾向男嬰。

<sup>5</sup> 衛生福利部國民健康署健康九九網站。<http://health99.hpa.gov.tw/TXT/HealthyHeadlineZone/HealthyHeadlineDetail.aspx?TopicNo=5679>

表 8-1 我國人工生殖新生兒性別比例

年份	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
性別	男 54%	男 53%	男 53%	男 52%	男 53%	男 54%	男 54%	男 50.5%
比例	女 46%	女 47%	女 47%	女 48%	女 47%	女 46%	女 46%	女 49.5%
性比例	117:100	113:100	113:100	108:100	113:100	117:100	117:100	102:100

(依衛生福利部人工生殖新生兒統計資料製表)

或者我們可以看到各胎次的性別比(表 8-2)，第三胎以上的性別比偏差值遠高於第一胎、第二胎次；以 2003 年的統計數字來看，第一胎性比例已經是過高的 107.66，第二胎 108.91 差別不大，第三胎甚至升高到 123.58，第四胎甚至是 139.69，幾乎可以看見「生到兒子為止」這樣的目標；是否我國社會依然有重男輕女觀念，是否有性別篩選，不辯自明<sup>6</sup>。

表 8-2 我國各胎次性別比

按發生日期統計

單位：女性 = 100

年別	總計	胎次別				
		1	2	3	4	5+
76 年	108.37	107.24	108.24	110.19	113.66	109.84
77 年	108.20	107.30	106.88	111.60	111.47	117.98
78 年	108.61	107.02	106.95	113.31	120.58	116.26

<sup>6</sup> 衛生福利部性別統計指標報表。http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic\_P.aspx?f\_list\_no=312&fod\_list\_no=2218&doc\_no=12116



按發生日期統計

單位：女性=100

年別	總計	胎次別				
		1	2	3	4	5+
79年	110.29	106.79	108.68	118.74	128.48	126.71
80年	110.45	107.41	108.50	118.17	129.49	124.39
81年	109.93	108.04	107.52	115.96	129.70	123.51
82年	108.12	107.13	106.68	110.83	121.12	121.19
83年	108.88	107.84	107.32	112.90	119.78	117.75
84年	107.91	107.04	105.52	112.35	124.22	126.76
85年	108.76	107.91	106.98	112.46	120.52	122.29
86年	108.91	107.72	106.93	113.62	125.55	120.36
87年	108.73	107.01	106.83	114.60	126.61	120.97
88年	109.47	106.88	107.80	118.38	134.23	132.68
89年	109.45	106.87	107.68	118.94	135.02	120.16
90年	108.70	106.88	105.79	120.82	134.98	121.19
91年	109.80	106.89	109.08	121.50	138.68	122.97
92年	110.15	107.66	108.91	123.58	139.69	122.17
93年	110.66	108.73	109.42	122.59	134.15	122.82
94年	109.04	107.71	107.07	122.03	124.29	121.91
95年	109.61	107.24	108.17	126.42	136.63	113.33
96年	109.71	107.88	108.91	123.36	120.04	112.16
97年	109.66	108.59	108.40	120.27	121.92	112.02
98年	108.42	106.66	107.60	122.92	125.60	101.77
99年	108.96	106.37	109.58	119.31	129.10	112.84
100年	107.91	106.84	108.14	112.25	115.00	118.75

資料來源：內政部戶政司。

說明：79年（含）以前資料不包括金門縣及連江縣。

## ■ 性別觀點解析

- 一、傳統漢文化當中具有許多的重男輕女觀念，女性假如未出嫁，在原生家中死亡的話是沒有牌位的，即使出嫁，死亡的時候其實也是以「某媽某氏」，並沒有她的名字；而嫁出去的女兒如潑出去的水，與原生家庭之間是不再有權益的；出生的孩子均歸屬於男方家族，其中的男性才具有繼承家產、土地的權利，加上「不孝有三無後為大」觀念，假如沒有生育男丁，代表無人繼承、沒有子嗣，意味著之後連牌位都沒有人祭拜，出葬儀式沒有男丁可以「捧斗」。
- 二、許多的傳統因素造就了重男輕女的文化傾向，而這些傳統思維潛在在日常生活的許多細節或是習俗當中，雖然時代演進已經提倡男女平等，但是重男輕女的文化思維都藏在習俗、語言等生活細節之中，很難完全擺脫。我國雖然已經普遍進入工商業社會，也跟隨西方文化許多思想，但是傳統文化依然占有極重要的地位；例如傳統的婚嫁習俗、清明掃墓習俗、農曆新年初二回娘家（代表初一是在男方家）等傳統節日，免不了其中依然充斥男尊女卑的思維，也讓重男輕女的觀念一直無法破除；許多時候這些觀念會被以「文化」、「習俗」、「舊規」而被允許，例如夫妻中男方死亡時其妻在訃聞上稱為「未亡人」（內政部已建議改稱為「配偶」），這其實是個明顯對於女性地位的歧視，卻因為文化習俗的理由而一直存在於民間訃聞的印製習慣上；這些根深蒂固的歧視或是不平等，除非一一正視破除，不然就無法改變男女不平等的情形。
- 三、過去因為生育數多，土地財產有限，因此出現財產只分給兒子（女兒會嫁入別人家），土地也只分給兒子（繼續耕作）；但是現在生育數少，我國於 2012 年粗出生率降



至千分之 9.86，育齡婦女總生育數僅 1.27 人，幾乎不及人口替代率，如此情況下，仍然存有舊觀念去限制土地財產的分配。

四、在重男輕女文化之下的婦女，雖然自己也是受害者，但是因為社會地位、男尊女卑角色之下，常常也成為下一個維護此一文化的幫兇；與其說是她們認同這樣文化，或許應該說是她們無法得到足夠的支持使她們擺脫或對抗重男輕女偏見，只好順從甚至繼續要求下一個世代的婦女。

#### ■ 實務運用

一、我國政府其實從許多方向改善重男輕女的文化，包括法律修訂夫妻二人應共同約定子女的姓氏、兒子女兒都可以有相同的遺產繼承權；性別工作平等法規範並保障男性與女性相同的就業工作權，教育方面也保障了男性女性的就學受教權益，也保障了懷孕女學生的受教育權、

生育權；改善懷孕女教師的升等限制等等。

二、我國的出生性別比在 2003 年曾高居全球第 3，甚至高於中國，於 2010 年經濟學人雜誌數字報導之後，政府非常重視並積極採取行動，自 2010 年起主動透過統計監測、院所查訪及宣導倡議等多管齊下之作為，出生性別比由 2010 年的 1.090 降至 2011 年的 1.079，為 16 年來的最低，2012 年再降至 1.074，是 25 年來最低（然而是否因為龍年生產數大增影響，無法得知）；國際排名亦由 2003 年高居第 3 名，於 2011 年降至第 12 名，並於 2012 年降至第 15 名。惟 2013 年又提高至 1.078，國際排名維持第 15 名；可見單從醫政端著力有限，應積極從托老政策、友善高齡環境、正確性別平等觀念、以及破除文化風俗上的重男輕女現象，將改善性別失衡視為國家重要政策，並結合不同部會一同推動。

三、在生育相關法令部分，人工生殖法明定人工生殖不得選擇胎兒性別，優生保健法（計畫修法改成「生育保健法」）也規範人工流產施行條件，2010年起衛生福利部更加強查察遺傳診斷機構、檢驗所是否協助診斷胚胎性別及醫療單位是否協助因性別目的而施行人工流產手術，並發布法令規範，自2011年1月公告「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為」，為醫師法第28條之4第1款規定不得從事之醫療行為、2012年3月23日函令醫事檢驗師或醫事檢驗生執行非性聯遺傳疾病診斷之產前胎兒性別檢驗行為，為醫事檢驗師法第36條第2款業務上有違法或不正當行為、2012年4月間發布增訂優生保健法施行細則第13條之1「本法第9條第1項第6款所定因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生

活者，不得以胎兒性別差異作為認理由。」，並於2013年8月預告訂定「醫師醫囑為產前性別篩選所為抽取母血處置，或抽取母血從事胎兒性聯遺傳疾病檢驗等行為，為醫師法第28條之4第1款規定不得從事之醫療行為」，持續朝加強源頭之試劑與檢驗管理，加強檢驗設備及試劑的稽察。這些政策與管制宣導之下，可以明顯看見近年來的新生兒性別比例趨近平衡，尤其人工生殖技術之新生兒性別比例在2012年首度達到男女平衡（過去統計均嚴重失衡）；但是許多臨床醫師也對於如此被當作犯案者監控有所微詞，畢竟真正要去承擔改變的是整個社會文化觀念，而不是進行接生業務的產科醫師。

四、雖然我國在民法等相關法令上都已經落實性別平等，在內政部對於傳統禮儀風俗也給予改變歧視的字眼和規範，但是根據統計，兒女姓氏共同約定的法條10年來，二方共



同約定者以父親姓氏的佔 95%，母姓的佔 1.57%<sup>7</sup>；土地及財產繼承雖然女兒與兒子都有一樣的繼承權，但幾乎一半以上的女性會自願或被迫拋棄繼承，我國的法令其實走在社會現況的前端。

五、在 2013 年編撰的 CEDAW 第二次國家報告，詳細檢視了各方面對於女性歧視現況，並在相關法規上以更正面積極的方式協助改變重男輕女的觀念。

六、韓國在 2007 年 World Bank 分析該國女性對於男性子嗣的偏好已經隨著女性經濟實力和教育程度的提升而下降<sup>8</sup>；2012 年 NGO 組織

The Red Sea/All Girls Allowed 更分析為何韓國可以成為首先反轉性別屠殺，達到新生兒性別比正常的國家，包括對於女孩和男孩喜好差異的消除、生育相關政策、家庭結構的改變、政策與法律面對於女性權益的伸張、教育，甚至包括生育率下降之後性別比逐漸從極端高轉為正常；分析認為韓國對於生育男女觀念不再重男輕女，是許多政策與文化改變之下的結果<sup>9</sup>。

## ■ 問題與討論

一、性別失衡可能造成的政治、經濟、族群問題有那些？

<sup>7</sup> 內政部統計處性別統計專區，內政部性別統計分析專輯。http://www.moi.gov.tw/stat/gender.aspx

<sup>8</sup> Woojin Chung and Monica Das Gupta: Why is son preference declining in South Korea? The role of development and public policy, and the implications for China and India. The World Bank, Development Research Group Human Development AND Public Services Team 2007 Oct.

<sup>9</sup> Nicole Christine Frazer: Gendercide undone: Evaluation the cause of South Korea' s return to normal sex ratios. The Red Sea/All Girls Allowed 2012 Aug 30

- 二、性別失衡過程中被壓迫或是傷害的是誰？
- 三、減少性別失衡應有的短期政策、長期政策方向為何？
- 四、改善性別失衡除了醫療端，其他相關的單位，譬如教育、媒體、文化，能夠如何加入協助？
- 五、減少重男輕女觀念，政策上還可以怎麼做？
- 六、減少重男輕女觀念及傳統婚姻中的男女不平等，有沒有可能改善少子女化的問題？



### 案例三

#### 資源取得的不平等（外配的產檢手冊）

阿玲剛滿 20 歲，在家鄉完成國中學業之後幫助家裡務農，聽嫁到臺灣的表姊說臺灣環境不錯，男性也普遍勤快，便接受介紹嫁到臺灣。

來到臺灣她發現夫家是個小漁村，村莊裡面的年輕人多數都離開家鄉到大城市去工作，村裡多是老年人。雖然阿玲還不太會說中文，但是靠著一些動作倒也還能跟家人溝通。她慢慢學習認識中文字，希望能夠適應在臺灣的生活。

她來到臺灣三個月，懷孕了，她和先生以及家人都很高興，只是先生常常到外地工作不在家，小漁村又沒有婦產科醫師，只好婆婆陪她轉兩趟公車到城市裡的醫院去產檢。



醫院很大，中文招牌阿玲看不懂，婆婆有點年紀了，眼睛也不太好，迷路了一陣子才找到掛號處，又迷路了一陣子才找到門診區。婆婆跟醫師說阿玲懷孕了，要產檢，醫師和護士詢問了她一些問題，可是她都聽不懂，婆婆也沒辦法翻譯越南語給她聽，最後醫師和護士只好用手勢指示她躺下來做檢查；檢查的時候醫師指著超音波螢幕給阿玲看，她看到一些黑黑的，還有一些白白的，其實也不知道醫師在說的是什麼，猜想大概是小孩吧，問醫師說：「有好嗎？」醫生咕嚕咕嚕講了很多，她只聽懂幾個字，心裡猜想，大概就是說小孩好好的吧。

醫師看她中文不太懂，也只好笑笑地看著她，然後比個手勢說 ok。護士拿了好幾張紙給婆婆，又是指上又是指下的，不知道是在說什麼，然後兩個人就被護士叫出診間了。

婆婆帶著阿玲去領了一個本子，上

面有表格、有數字、有圖畫，還寫了密密麻麻的中文字。然後婆婆又帶著她搭電梯，中途還問了幾個人，看到那裏一堆人在抽血，才知道原來給婆婆那幾張紙是檢查單；她被叫到檯子邊，檢查的人比了個動作要她伸出手，她就學旁邊的人一樣伸出手，檢驗師幫她抽了血；然後給她一個杯子和管子，跟她說了一些話。阿玲接過杯子，但是聽不懂檢驗師說的是什麼，後來是婆婆過來聽了之後，把阿玲拉到旁邊的廁所去，邊說邊比動作要她「尿尿在杯子裡」，她心裡有點擔心這杯子怎麼夠裝全部的尿尿，但是聽起來好像就是要把尿尿裝起來，只好走進廁所去，用杯子把小便裝起來，滿出來之後她不知道怎麼辦才好，想了一陣子，也不知道怎麼辦，只好把裝滿小便的杯子小心翼翼的拿出來。婆婆幫她把滿滿一杯的小便端到檢驗臺，檢驗師都大笑，阿玲不知道自己哪裡做錯了，羞的滿

臉通紅，但是又不知道怎麼問。

第一次產檢回到家，阿玲和婆婆都累壞了，婆婆因此還有一點不高興，大概是覺得她添了麻煩了吧。想到未來產檢要這麼麻煩，她覺得好喪氣，況且因為語言不通，她心裡好多問題都不知道怎麼問，真是好無奈。

兩星期後某一天阿玲在市場遇到也是來自家鄉的姊妹阿張，她們聊到懷孕的事情，也聊到上次去醫院產檢的挫折和不知所措；阿張已經來臺灣5年，能夠說滿流利的臺語，在市場幫先生擺了小攤子；雖然這幾年慢慢習慣了，但是她還是很能了解阿玲去醫院的時候遇到的那些語言不通的情形；阿張要阿玲下午到家裡來一趟，她能幫上一點忙。

阿玲懷孕早期感覺不太舒服，人好累，又覺得噁心不太吃得下；全身覺得熱熱的，又有時候覺得頭暈暈

的；這些不舒服她不知道怎麼跟婆婆說，那天去產檢因為語言不通也沒辦法問醫師，遇到阿張，她趕忙跟阿張多聊點多問問，阿張生過兩個孩子，多少應該懂一些；阿玲很想打電話回家鄉問媽媽，可是長途電話很貴，她不太好意思打。

到了下午，阿玲到阿張家，阿張翻箱倒櫃拿出了一本東西，原來是給孕婦看的產檢手冊；阿玲那天去醫院也有拿到一本，可是是中文的，她看不懂。阿張這本是越南文的，雖然有些用詞和家鄉習慣用的不太一樣，可是看到熟悉的文字，還是覺得好感動啊；這裡面細細地寫了好多內容，阿張說，借她拿回家看。

一個月後的產檢，剛好先生有空，陪她去醫院做檢查；阿玲把阿張借她的手冊帶去醫院，請先生幫忙問醫院有沒有這樣的手冊可以給她？醫生和護士都有點驚奇的看這本手冊，討論了一陣子，他們在電腦上



找了找，幫阿玲印了一份跟阿張一樣內容的手冊，雖然沒有像阿張那樣裝訂起來，但是有好多資料可以看了，阿玲還是很開心；原來阿張的那本手冊是她當時產檢的醫院幫忙印出來裝訂的。

雖然醫生說的話還是聽不懂，但是阿玲還是放心多了，至少有一些資料可以看。她在想，要去醫院生小孩的時候，可能要找阿張來陪伴，不然生孩子這種大事情，家人不在身邊，醫生護士講的話又聽不懂，要怎麼辦呢？

### ■ 性別觀點解析

至 2013 年 8 月，我國登記之外籍配偶包括中國、港澳籍共有 48 萬 2873 人，以外籍統計，外籍女性 14 萬人，是外籍男性配偶的十倍；根據內政部戶政司統計資料，來自東南亞外籍女性配偶在 2001 年到 2005 年大約每年登記有 1 萬到 1 萬 7 千名，2006 年到 2012 年下降到大約每年 5000 名上下<sup>10</sup>；多數女性外籍配偶多為生育年齡，也肩負了其移民家庭生育責任。根據國立教育研究院籌備處助理研究員蘇進棻的分析，外籍配偶的生育率遠比臺灣籍婦女高，這其中包括經濟文化等因素，不可否認來到臺灣的外籍配偶具有生育照顧的需求<sup>11</sup>（但根據中央研究院人文科學社會中心楊靜利教授等分析，因臺灣女性生育年齡較為分散，嫁入臺灣之外籍婦女生育年齡較為集中，

<sup>10</sup> 內政部統計月報。http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm

<sup>11</sup> 蘇進棻：臺灣本籍與外籍新娘生育率消長原因之探討。研習資訊第 23 卷第五期，民 95:41-52。http://study.naer.edu.tw/UploadFilePath/dissertation/I023\_05\_07vol023\_05\_07.pdf

校正年齡等因素之後外籍女性並未較臺灣女性生育數高<sup>12</sup>)。根據 CEDAW，政府及國家應該在制度上排除各種歧視之狀態；臺灣某些外籍配偶之夫家在社會經濟地位相較弱勢，資源取得之不便，加上語言隔閡使得外籍配偶處於多重歧視狀態。

## ■ 實務運用

一、我國孕婦由衛生福利部國民健康署提供經費補助產檢，使孕期女性不需為了就醫經費而疏漏生育照護，孕產婦可以擁有充分的生產相關醫療補助政策之下，協助臺灣在孕產婦死亡率、新生兒及嬰兒死亡率上能夠逐年下降，達到周產期健康的目的，這是相較於多數其他國家均少見的醫療成果；國民健康署也定期修訂內容充實詳盡的孕婦健康手冊，供孕婦及家屬可以獲得充分的

自我照護知識，達到自我充權的目的；為了因應各種不同國籍孕產婦，國民健康署也編印了中英、中越、中印、中泰、中柬等孕婦健康手冊版本，分送各縣市衛生局轉醫療機構，提供新住民婦女生育保健之宣導與使用，且在國民健康署網站提供電子檔下載。

二、然而，若如一般認為或者研究顯示的，東南亞籍的外籍配偶許多嫁入臺灣較低社會經濟地位家庭，或是偏鄉、漁村，那麼這樣的家庭環境是否具備有上網及下載資料的軟硬體工具呢？如此的下載資料存在於國民健康署網站中，然而該網站的首頁僅有中英文，即使外籍婦女具有上網及下載的軟硬體，假如無法閱讀中文或英文，是無法進入到存在有特殊語言版本的孕婦健康手冊網頁之內的。

<sup>12</sup> 楊靜利，黃奕綺，蔡宏政，王香蘋。臺灣外籍配偶與本籍配偶的生育數量與品質。人文及社會科學集刊第二十四卷第一期，民 100:83-120。



三、移民婦女、青少年、身心障礙婦女、原住民婦女等特殊需求族群，最容易因其資源取得的困難或地區、語言、經濟等方面限制，而難以達到實質資源與照護上的平等。除了提供部分外語版本的孕婦健康手冊之外，考量外籍配偶語言溝通障礙，各縣市政府衛生局依所轄之現況及需求自行向內政部「外籍配偶照顧輔導基金」申辦「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，培訓通譯員，提供外籍配偶醫療保健資訊。某些醫院也設有通譯人員，提供移民婦女就醫時的協助；例如語言不通的情況下，外籍婦女需要手術、生產、特殊檢查時，所需的溝通協助，避免缺乏資訊之下的醫療處置；甚至有醫療院所成立移民婦女的支持團體，彼此支持並協助新移民者。

### ■ 問題與討論

一、如何能使外籍配偶在生育保健上獲得充分資源？

二、如何能確定多重弱勢婦女能夠具有獲取資源的管道？

三、政府提供的資源是否真為外籍配偶或者移民婦女需求？

四、外籍配偶的健康需求，常被討論的只在生育健康上；就如同以常用名詞為「外籍新娘」，亦即這些婦女之身分除了「嫁來臺灣生小孩」之外的身分是不被看見的；當這些婦女來到臺灣10年、20年之後，其健康需求在哪裡？政府又要如何看見和滿足？

五、如何在立意良好的政策中，考慮到年齡、地位、族群、文化等差異？

#### 案例四

##### 醫療中的性別差異和性別敏感度

小美最近總是覺得胸口悶，甚至有的時候會覺得悶到喘不過氣，有那種被大石頭壓住胸腔的感覺；本來以為大概是感冒沒好，也就不以為意。但是幾個星期過去了，感覺時好時壞，但是嚴重的時候甚至覺得胸口痛到要喘不過氣，覺得噁心疲倦；有幾天上班的時候忙起來，走了幾層樓梯竟然不舒服到幾乎昏厥；這才覺得事態嚴重，掛了醫院的心臟科想去做檢查。

到了門診，醫師看到小美的病歷資料，還沒做檢查呢，就說：「妳才40歲又還沒有停經，不會有心臟病啦！」

小美愣住不知道該怎麼辦才好，醫生都還沒檢查，難道因為我是年輕的女性就不用看心臟病了嗎？

醫生看小美愣住，沒什麼好氣的說：

「妳看啊，外面等著看病的多數是50歲以上的人吧；女人在更年期之前有心血管疾病的機會很低啦！假如是先天性的心臟病，妳看起來又太健壯不夠瘦弱，哎呀妳不會有心臟病啦，一定是壓力太大。」

「可是這幾個星期都很不舒服啊」小美心想，「不能因為我的年齡和性別就決定我不會生病吧？」雖然醫師這樣解釋好像有點道理，小美還是鼓起勇氣把不舒服的症狀跟醫生說了。

醫生聽完小美的症狀，皺了一下眉頭，說：「是還蠻像冠狀心臟病的…，可是妳這麼年輕怎麼會呢…。好吧，我們檢查一下好了。」

醫生安排小美做心電圖檢查，小美循著檢查單的指示找到心電圖室，發現那是一個在檢驗科角落的房間，有個年輕的男檢驗師在那裏。

「請問…？」小美有點緊張，把檢查單拿給檢驗師。



「要做心電圖檢查嗎？好，請進。」  
檢驗師招手讓小美進檢查室，順手把檢查室的門關上。「把上衣和內衣都脫掉躺在檢查床上噢。」

小美有點嚇一跳，雖然知道在醫院做檢查應該不會有什麼不好的事情，可是這個檢查室是個沒有窗戶的小房間，她又面對一個男檢驗師，要她脫光上身有點尷尬。檢查室的門有沒有鎖呢？假如檢查到一半會不會有人打開門呢？

檢驗師看到小美不知所措，再說了一次，「上衣和內衣都脫掉躺在檢查床，」他拿起檢查的心電圖電線導極：「要把這個貼在胸口做心電圖，大概一分鐘就完成了。噢，我有鎖門。」大概發現小美在遲疑，他特別解釋。

小美稍微放心，可是剛好穿的是連身洋裝，只好全部脫掉剩下內褲躺在檢查床上，檢驗師若無其事地幫

她在胸口還有乳房旁邊貼上心電圖的檢查電線，沒有察覺小美害羞的一直盯著天花板。

檢查時間很短，但是小美簡直是緊張又困窘，小小的房間裏頭她只有穿著內褲躺著，她很想問檢驗師有沒有給病人穿的衣服可以換，或是給她蓋一個床單，可是檢驗師大概每天做這個檢查已經很習慣了，沒有發現小美困窘到臉都紅了。

小美帶著心電圖報告回到門診，醫師看完，說：「嗯，沒有什麼問題欸；哎呀我就說妳應該是壓力太大…，嗯，我們再排個運動心電圖檢查啦，可是噢，女性這麼年輕不會有心臟病啦。」

小美帶著檢查的單子去安排下一個檢查，心裡一直想：「做這個檢查的時候會不會我又要赤裸著身體啊，要不要問問看穿什麼樣的衣服適合做檢查？還是，醫師都說我是壓力大了，乾脆不要再檢查了…」

## ■ 性別觀點解析

- 一、醫療中的性別議題常常會被窄化為生殖相關議題，因此在許多政策制定或檢視的時候，公部門常常會以「有孕婦優惠政策」、「提供母乳哺育環境」來做為醫療性別政策的成果；然而，性別議題不只有這樣，不同性別在就醫時可能面對的不平等、面對的疾病偏見、或者是醫療資源的不平等，都是醫療中的性別議題。
- 二、在許多研究已經發現不同性別在相同疾病可能會有不同的表現症狀，例如冠狀心臟病，在男性和女性可能出現不同的症狀，不同性別有不

同的危險因子<sup>13</sup>，過去常常會將女性不同於男性的表現症狀稱為「不典型表現」，其實應該要因應不同性別來看其常見症狀，而非以其中一個性別做為「標準」。再以冠狀心臟病為例，研究發現醫師對於男性和女性病人的冠狀心臟病診斷，會因為性別偏見，而對於女性冠狀心臟病的診斷較有疑慮<sup>14</sup>；甚至在跨國研究也發現醫師對於同為懷疑冠狀心臟病的婦女給予的檢查和治療都明顯較男性病患為少，有性別偏見的情形<sup>15</sup>。

- 三、過去醫療人員的基礎與臨床課程並未有性別議題的討論，僅限於「生

<sup>13</sup> A.H.E.M. Maas, Y.E.A. Appelman. Gender differences in coronary heart disease. *Neth Heart J*. 2010 December; 18(12): 598-602.

<sup>14</sup> Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med*. 2006 Jan;62(1):103-15.

<sup>15</sup> Bente M, von dem Knesebeck O, Siegrist J, Marceau L, Link C, Arber S, Adams A, McKinlay JB. Women and men with coronary heart disease in three countries: are they treated differently? *Womens Health Issues*. 2008 May-Jun;18(3):191-8.



理」性別，而未考慮「社會」性別差異，譬如女性和男性在相同的檢查單位是否會有需求的不同，國內偶爾有因為不同性別接受檢查時因暴露身體或者程序不友善而有爭議的新聞（2007年11月16日中國時報心電圖檢查女病患脫衣、2009年9月24日高中女生被要求脫褲接受男醫師檢查疝氣、2012年9月15日師大新生體檢女學生脫內衣與男同學一起排隊）等；都顯示醫療人員在執行醫療程序的過程，缺乏對於性別的敏感度，未能顧慮到性別友善的醫療環境。

### ■ 實務運用

- 一、我國行政院在2005年開始在各部會推動性別主流化實施計畫，當時的衛生署（目前衛生福利部）亦逐年提出性別主流化政策及管考，由行政院婦權會檢視性別主流化成
- 果，擬定性別主流化政策。之後於某些縣市例如臺北、高雄、屏東等，各自擬定該縣市之性別友善醫療政策，檢視性別友善醫療環境；臺中市亦於2013年底開始性別友善醫院評核，推動性別友善醫院政策。
- 二、1995年聯合國開始性別主流化政策，在全球所有計畫均加入性別觀點；世界衛生組織WHO在2004年就強調醫療研究、醫療政策、醫療服務、醫療預算等方面都應該要加入不同性別需求和思考；重新在各種疾病的定義、疾病的表現與治療，做不同性別的研究，提出性別觀點。
- 三、2009年的健康科學教育期刊(Advanced in Health Sciences Education: theory and practice)詳列了在醫療教育、臨床醫療處置的許多性別偏見或是性別盲<sup>16</sup>，包

<sup>16</sup> Verdonk P, Benschop YW, de Haes HC, Lagro-Janssen TL. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009 Mar;14(1):135-52

括非常多已經證實的醫療中性別不平等或是缺乏性別敏感度的醫學研究等等，並認為在醫學教育中融入性別主流化政策，是有效改善性別偏見的方法；值得參考檢視。

### ■ 問題與討論

- 一、目前我國婦女健康政策所檢視的項目有哪些？有無那些是需要重新擬定？
- 二、如何擬定具有實質評估效能的性別友善醫療政策？
- 三、如何鼓勵擬定本土醫療中的性別差異研究？
- 四、如何發現並改善醫療中的性別偏見？

### 8-3 結語

男性與女性之間有其生理差異，生理差異無法改變，因此必須面對此一差異，針對不同生理需求或限制，給予制度與法律面向的性別友善及尊重；這也是CEDAW中所希冀的「實質平等」，使

任何的性別都不因其生理限制而受到不平等的處境。

然而我們更常面對的是 gender，社會定義的性別；社會文化所定義的性別，其實因為文化、環境、政治而有所差異，社會文化定義之下，可能將生理的性別強加上文化的解釋或角色，而出現性別的不平等。因此同樣生理性別是女性，在某些文化中她可以穿短褲晚上去聽演唱會，在某些文化中卻必須遮住身體和面部，不能上學不能單獨出門；這樣基於性別的不平等，是被人為建構的，因此也是能被檢討之後改變的。

對於女性的身體意象偏見，使女性尋求整形美容手術，而暴露在健康或手術風險中；女性因其生理特性有生育的能力，但也因社會文化價值觀，女性負擔了生育的責任，甚至被要求了生育何種性別後代的責任；這些因生理性別而必須承擔的性別刻板角色，是必須一同檢視、一同面對，並且從文化面、政策面、制度面去更改，才有機會達成健康方面實質的性別平等。



## ■ 參考資料

- 內政部統計月報（2013）。取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm>。下載日期：2013年12月8日。
- 內政部統計處性別統計專區（2014）。內政部性別統計分析專輯。取自：<http://www.moi.gov.tw/stat/gender.aspx> 100年推動性別主流化施政成果匯集。下載日期：2014年2月26日。
- 楊靜利、黃奕綺、蔡宏政、王香蘋（2012）。臺灣外籍配偶與本籍配偶的生育數量與品質。人文及社會科學集刊第二十四卷第一期，民100:83-120。
- 衛生福利部統計處（2008）。性別統計圖像與分析，取自：[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=2204](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2204)。下載日期：2013年12月8日。
- 衛生福利部性別統計指標報表（2013）。取自：[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic\\_P.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=2218&doc\\_no=12116](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2218&doc_no=12116)。下載日期：2013年12月8日。
- 衛生福利部國民健康署健康九九網站（2014）。取自：<http://health99.hpa.gov.tw/TXT/HealthyHeadlineZone/HealthyHeadlineDetail.aspx?TopicNo=5679>。下載日期：2014年2月26日。
- 蘇進棻（2006）。臺灣本籍與外籍新娘生育率消長原因之探討。研習資訊第23卷第五期，民95:41-52。取自：[http://study.naer.edu.tw/UploadFilePath/dissertation/I023\\_05\\_07vol023\\_05\\_07.pdf](http://study.naer.edu.tw/UploadFilePath/dissertation/I023_05_07vol023_05_07.pdf)。下載日期：2013年12月8日。
- A.H.E.M. Maas, Y.E.A. Appelman. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Neth Heart J.* 2010 December; 18(12): 598-602.
- Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A.(2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med.* 2006 Jan;62(1):103-15.

B nte M, von dem Knesebeck O, Siegrist J, Marceau L, Link C, Arber S, Adams A, McKinlay JB.(2008). Women and men with coronary heart disease in three countries: are they treated differently? Womens Health Issues. 2008 May-Jun;18(3):191-8.

Lesley Doyal.(2001). Sex, gender and health: the need for a new approach. BMJ 2001,323:1061-1063.

Lesley Doyal.(2004). Gender and the 10/90 gap in health research. Bulletin of the World Health Organization, March 2004,82(3).

Nicole Christine Frazer.(2012). Gendercide undone: Evaluation the cause of South Korea' s return to normal sex ratios. The Red Sea/All Girls Allowed .2012 Aug 30.

Petra Verdonk, Yvonne W.M.Benschop, Hanneke C.J.M de Haes, and Toine L. M. Lagro-Janssen.(2009). From gender bias

to gender awareness in medical education. Adv in Health Sci Educ 2009,14:135-152.

Verdonk P, Benschop YW, de Haes HC, Lagro-Janssen TL.(2009). From gender bias to gender awareness in medical education. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009 Mar;14(1):135-52

Woojin Chung and Monica Das Gupta. (2007).Why is son preference declining in South Korea? The role of development and public policy, and the implications for China and India. The World Bank, Development Research Group Human Development AND Public Services Team .2007 Oct.

