



第三章 認識跨性別者（T）及其處境

金門醫院精神科主治醫師，臺大醫院精神醫學部兼任主治醫師，台灣同志諮詢熱線協會理事長／徐志雲

3-1 前言

「同志」是一個在華語世界中使用的集合名詞，最常涵蓋的是 LGBTI+ 等族群，當然也不只於此，其中 T 指的是 transgender，翻譯為「跨性別」。

跨性別者其實也是一個相當廣泛的族群，在醫學、社會學、性別研究、乃至同志社群當中，對於跨性別的定義可能都有一些差異。雖然常有人說，跨性別者是指「自我的性別認同與生理性別不一樣的人」；但更嚴謹地來講，跨性別應該是「跨越或超出了社會所定義的性別分類，而跨性別者的性別認同與性別表現，與他們出生時被認定的性別不一致」（Bockting, 1999）。相對之下，符合傳統社會對於性別二元定義的人，也可稱為順性別（cis-gender）者。

跨性別族群中較常被社會大眾所辨識的分類，包含了變性者（transsexual）與扮裝者（cross-dressers）。變性者是指在跨性別者當中，會經由行為表現、穿著打扮、賀爾蒙治療、手術等方式，讓自己的生理／社會性別與自己的性別認同趨於一致的族群。扮裝者則不一定會排斥自己的原生性別，但在某些時候會以服裝、妝容、舉止，來突破自己原本的性別框架。但這些分類方式並不足以涵蓋所有跨性別族群，因此現在也常用「非性別二元」（gender non-binary）來表示跨性別族群不僅限於男女二元分類的觀念。

要特別說明的是，同性戀、雙性戀、異性戀指的是性傾向（我喜歡什麼性別的人？），跨性別指的是自己的性別認同（我是什麼性別？），因此同、雙性戀跟跨性別是指不一樣的面向。而跨性別者也是有異性戀、同性戀、雙性戀、無性戀、泛性戀等各種性傾向。

以一般兒童的性別發展歷程來看，在 1 至 2 歲間，幼兒逐漸能夠分辨男女兩性的外觀差異，2 歲半到 3 歲之間，幼兒就能說出自己是女生或男生，並且區分出社會所定義的女生／男生的玩具，到了 4 到 5 歲左右，許多孩子的性別認同逐漸趨於穩定，大約在 5 至 7 歲，孩童會理解到其性別是不會改變的。隨著年齡成長，孩子受到社會上性別角色的型塑會愈來愈多，這在 6 到 12 歲的學齡兒童尤其明顯，如果觀察國小的學童，會發現在這個時期他們大多喜歡與同性別的同伴玩在一起，希望擁有與同性別同伴相似的玩具或物品。

但許多跨性別者，從小就感受到了自己的性別表現與原生性別不太一樣，其中一部份人進一步符合醫學中的「性別不安」（gender dysphoria）或「性別不一致」（gender incongruence）診斷。性別不安者可能會經由賀爾蒙替代療法、整形手術、性別重置手術（俗稱變性手術）、或各種心理健康服務來減輕其不安。並經由變更身分證性別的方式，以取得與自我性別認同一致的法律身分，這些介入牽涉到醫療與社會制度，並進一步與公部門體系發生密切的關聯。

「跨性別」不是一種疾病，「性別不安」或「性別不一致」也不是一種疾病，下文將進一步說明跨性別者的生活樣貌，以及去除病理化的過程。

我們處在一個性別二分的社會文化之中，女性被裝上溫柔婉約的貞操帶，男生也被賦予陽剛勇猛的緊箍咒。雖然這樣的社會價值與期待正在鬆動，但男女二元的想法依然鋪天蓋地地滲入每個人的生活，於是男女性別成為標記一個人最重要的指標之



一，也被認為是無可變化的原始印記。但事實上，性別本來就是相當多元，性別多樣性是人類必然而且正常的現象，「正常」也不會只有一種標準答案。這其中最能突破傳統思維的，便是跨性別族群的存在。本章將說明跨性別者生活中面臨的處境，以及與公部門、法律體系、醫療體系的互動。期待我們更能同理不同族群的生活，珍惜多元共融的價值。

3-2 介紹

一、人口學資料

人口當中究竟有多少人是跨性別者、又有多少人會施行性別變更的相關治療（包括手術或賀爾蒙治療等）呢？以我國內政部統計資料顯示，1998 年至 2016 年底，辦理性別變更登記人數共 666 人，但對於跨性別者的國內人口學資料尚缺乏嚴謹的大型研究。

Collin, Reisner, Tangpricha 與 Goodman (2016) 針對全世界 32 個跨性別人口學研究進行系統性回顧，並針對其中 27 個研究進行整合分析 (meta-analysis)，發現每 10 萬人口當中有 9.2 人 (0.0092%) 接受性別確認治療 (gender affirmation therapy)，而每 10 萬人口當中有 871 人 (0.87%) 自我報告為跨性別認同。但該研究強調，不同的方法學及定義方式會大幅影響盛行率的估計，因此不同研究的差異性甚大。

The Williams Institute 根據美國 19 個州的調查報告，估計美國成年人口中約有 0.56% 的人自我認同為跨性別及非二元性別者 (Flores, Herman, & Gates et al., 2016)。Meerwijk 與 Sevelius (2017) 則針對 2006 – 2016 年美國人口調查的系統性回顧，估計約 0.39% 的人自我認同為跨性別。

然而，近年來大部分的研究都顯示兩種傾向：自我認同為跨性別及非二元性別者的比例有升高趨勢，以及自我認同為跨性別及非二元性別者在年輕族群中比例較高。這可能是伴隨跨性別認同的能見度與接受度日漸上升，因此越來越多人能接受以跨性別作為自我認同，還有研究方法學的精緻化所致。The Williams Institute 即發現 18 – 24 歲的族群當中，即有 0.7% 的人口自我認同為跨性別及非二元性別者，高於其他所有年齡層。

從原本法律認定性別男性轉變為女性的變性者稱為 MtF (Male to Female)，也稱跨性別女性 (transgender female)；原本女性轉變為男性的變性者稱為 FtM (Female to Male)，也稱跨性別男性 (transgender male)。許多研究也顯示，人口中跨性別女性的比例較跨性別男性為高，甚至可達 2:1 (Rider, McMorris, & Gower et al., 2017)。但要注意的是，許多研究的資料都來自於醫療系統，而難以反映出未進入醫療體系的跨性別族群，因此並不代表精確完整的人口學比例。

二、性別重置手術

性別重置手術 (sexual reassignment surgery, SRS)，又稱性別確認手術 (gender-affirming surgery)，俗稱變性手術。

社會大眾對於跨性別者的認識，經常侷限在「動過變性手術的人」，但即使是跨性別族群裡最希望能改變性別身份的「性別不安」者，也不見得都會進行性別重置手術。其中有一部分人會積極希望藉由手術讓自己身心達到一致，但也有許多人考量身體狀況、生殖功能、經濟狀況、以及家庭社會因素，而沒有進行性別重置手術。因此，是否有動變性手術，絕不是判斷一個人是否為「跨性別」的必要條件。



究竟台灣的性別重置手術始自何時？首例公開的性別重置手術記載於1955年，當時聯合報以頭版報導〈我國醫學史上的創舉 謝尖順變性手術成功〉（聯合報，民44）：

【本報訊】三度手術除雄性 一旦功成弁而釵

我國大兵謝尖順的變性手術已告成功了，今後即繼西方的克麗絲汀小姐之後，成為謝尖順小姐了。

謝尖順接受變性的最後一次手術，就在本月廿九日上午由陸海空軍總醫院外科醫生施行，這也是謝尖順接受變性手術的第三次，至此對謝尖順的變性治療工作已完成百分之九十以上。……

事實上，根據報載，謝尖順應為陰陽人（intersex），同時擁有完整的兩側卵巢及輸卵管、以及發育較不完整的子宮，而鼠蹊部亦有萎縮的睪丸與陰莖。當時醫師根據其生理結構判斷較為偏向女性，於是進行手術將男性生殖器官完全切除，因此嚴格說來不能稱為「變性手術」。

但謝尖順本人究竟希望自己是以前何種性別過生活、又是否真的想要進行手術呢？當時這個新聞事件受到全國矚目，因其代表了台灣醫療技術的里程碑，但對個案心理狀態的評估卻付之闕如。以現今的觀點而言，陰陽人是否要進行手術、或進行何種手術，更需要嚴謹的評估，並尊重當事人自主性，但配套的法律規範亦不夠完備。有些性別團體提出將陰陽人正名為「多元性徵發展」，這樣的命名有助於去除「陰陽人等於人妖」的污名化想法，也能修正大眾對於生理性別僅能二分的錯誤印象。

三、台灣的性別變更規定演進

在性別重置手術發展之後，台灣陸續出現變性需求。其後公部門與精神醫療界經過多年討論，於 1988 年由文榮光醫師和馮榕醫師制訂出台灣評估變性欲望者（當年的舊稱）適合接受變性手術的標準：

- (一) 必須是原發性變性欲望症；
- (二) 在扮演另一性別角色的生活適應上，至少有二年以上良好的適應狀況；
- (三) 父母及家人支持；
- (四) 年齡在二十歲以上，四十歲以下；
- (五) 患者的智力功能在中等以上；
- (六) 排除個案是精神病或其他變態特質以及重大壓力下所引發的變性企圖。

當時欲更換身份證性別者，需接受全套的變性手術，亦即摘除原生性器官、並重建另一性別之性器官，方可變更。這項規定，直到 2008 年才在民間團體與跨性別人士爭取下，衛生福利部（前身行政院衛生署）於 2008 年 10 月 13 日召開會議，將變性要件放寬到只需要完成「摘除」階段即可。因此內政部依據前開衛生福利部（前身行政院衛生署）會議決定，以 2008 年 11 月 3 日內授中戶字第 0970066240 號令規定戶政機關受理性別變更登記之認定要件，沿用至今：

申請女變男之變性者，須持經二位精神科專科醫師評估鑑定之診斷書及合格醫療機構開具已摘除女性性器官，包括乳房、子宮、卵巢之手術完成診斷書。

申請男變女之變性者，須持經二位精神科專科醫師評估鑑定之診斷書及合



格醫療機構開具已摘除男性性器官，包括陰莖及睪丸之手術完成診斷書。

這項「行政命令」揭示了兩項性別變更要件：一是精神科專科醫師診斷書，二是須完成變性手術中的「摘除原有性器官」階段。

四、當代精神醫學的性別不安診斷

精神科專科醫師開出可變更性別的診斷書，舊時會使用的診斷包括「性別認同障礙症」（gender identity disorder）或是「變性欲」（transsexualism），當代則改為「性別不安」或「性別不一致」，這兩個名稱主要來自目前全球精神醫學的兩大診斷體系，一是由美國精神醫學會（American Psychiatric Association, APA）所出版的精神疾病診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM），一是世界衛生組織（World Health Organization, WHO）出版的國際疾病分類（International Classification of Diseases, ICD）。

DSM 第五版（DSM-5）當中，所使用的是「性別不安」這個診斷（American Psychiatric Association, 2013）。「青少年或成人之性別不安」的診斷準則如下：

- A. 個人所經驗／所展現的性別與法定性別之間有顯著的不一致，持續至少六個月，並且至少表現出下列各項中的二項以上指標：
1. 個人所經驗／所展現的性別與首要和／或次要性徵（或在青少年前期，是指預期發育的次要性徵）之間有顯著的不一致。
 2. 強烈渴望除去個人的首要和／或次要性徵，導因於與所經驗／所展現的性別的顯著不一致。（或在青少年前期，渴望去阻止預期發育的次要性徵）

3. 強烈渴望擁有異性的首要和／或次要性徵。
4. 強烈渴望成為異性（或是不同於法定性別的其他性別選擇）。
5. 強烈渴望被當成異性（或是不同於法定性別的其他性別選擇）一般對待。
6. 強烈堅信個人有異性（或是不同於法定性別的其他性別選擇）的典型感受及反應。

B. 此狀況伴隨著臨床上的重大苦惱，或是社會、職業、或其他重要領域功能的損傷。

ICD 則是由世界衛生組織出版，將疾病或疾病群依照診斷準則加以分類的系統，WHO 在 2012 年 5 月公布了第 11 版國際疾病分類標準（ICD-11）的草稿，在 2018 年 6 月 18 日公布 ICD-11 正式版，預計 2022 年 1 月開始正式使用。ICD-11 將舊時的「性別認同障礙症」診斷更名為「性別不一致」，並從精神疾病的章節移到性健康相關章節，成為跨性別去污名與去病化的重要里程碑。

性別不一致在 ICD-11 裡的描述如下（World Health Organization, 2018）：

個人所感受的性別與法定性別之間有顯著且持續的不一致，但若只有性別多樣化的行為表現與偏好並無法構成此診斷。且須排除掉性偏好症（paraphilic disorders）的鑑別診斷。

舉例來說，兒童期性別不一致的內涵包括：

在青春期前的兒童，所經驗到／所展現的性別（experienced / expressed gender）與原生性別之間有顯著的不一致，包括強烈地想要成為不一樣的性別、強烈地希望得到該性別應有的性徵、強烈地厭惡自己的



性器官或第二性徵。在假扮或幻想遊戲、玩具、競賽、活動、玩伴選擇中，表現得更像是自己經驗到的性別樣貌。這樣的不一致表現至少持續兩年以上。若單純只有多樣化的性別行為表現，則無法構成此診斷。

其實不論是性別不安或是性別不一致，美國精神醫學會及世界衛生組織其實都展現了相同的宣示：性別認同的多樣性並不是一種疾病、也不是異常。但因性別不安（不一致）者可能還是需要一些生理或心理的協助，因此仍保留在 ICD-11 及 DSM-5 的診斷中，以利提供對應的醫療服務。

五、性別不安的年齡發展軌跡與社會脈絡

ICD-11 中的「性別不一致」和 DSM-5 的「性別不安」，兩者在診斷內涵並無太大差異，亦同樣區分為「兒童期」與「青少年或成人期」兩個診斷。

為何區分為兩個年齡階段，與其發展歷程有關。根據追蹤研究顯示，符合性別不安診斷的兒童，在青少年之後仍持續符合診斷的比例介於 12-27% 之間，青少年仍符合診斷的性別不安者，則幾乎都會持續到成年期（Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008）。這樣的發展軌跡告訴我們，不同年齡層的性別不安者會有不同的資源需求，應根據其年齡及心理社會環境給予個別化的協助。

同時也應讓性別不安者的親屬（經常是家長）瞭解，性別發展並非外力能夠介入，尤其青少年時期，當事人經常已經相當篤定，因為性別不一致而產生的困擾也已非常劇烈，應該受到正視，而不能以「長大就會好了」來否定當事人的真實感受。

更深一層來看，對於性別表現行為的定義，其實深受從小到大的文化因素影響，

什麼是男性或女性該有的衣服和活動呢？在傳統的社會文化氛圍下，似乎化妝、保養是女性專屬的活動，外科醫師、軍人是男性的專屬職業，但現今這些性別界線已漸漸被打破，所謂性別二分的「角色」與「活動」漸漸成為弔詭的意涵。

其實將性別議題擴展到社會層次，所謂「兩性」分別的性別形象本來就不是亙古不變的樣貌。男人帶不帶小孩、女人騎不騎馬、男孩穿不穿裙子、女孩玩不玩機器人？絕非人類原始的法則，甚至在同一時空下，也都會出現不同的文化現象。將我們對性別二分的僵化思考一一剝解後，究竟有多少對於男女的界定是無法鬆動的、又有多少是約定成俗的概念呢？

即便由於生理的影響，可能令兩性展現相異的氣質，但這畢竟是一種常態分佈的結果，在生理男性中總有陽剛與陰柔的極端，生理女性也有不同的體力與氣質表現，並非男性就全都是勇猛粗獷、女性就一定孱弱嬌柔，而大部分的人其實是兼具兩種特質的，絕非一刀劃過就能把人簡單地分成兩類。

正因為性別表現並非二元，且有生理、心理、社會等各種層次的變化，因此要再次強調的是：性別不安的診斷準則無法涵蓋所有跨性別者，而就算符合性別不安診斷的人，也並非全都很討厭自己的原生性徵。因此這也是目前台灣的性別變更政策「要求一定得摘除原生性器官」最為人詬病之處。

六、性別變更前的精神評估與醫療流程

在台灣，由於現行制度的規範，計畫變性的跨性別者必須進行精神科評估，而後轉介賀爾蒙治療及性別重置手術，因此各醫療科別的介入也是不可或缺的一環。

臨床上完整的醫學評估包括：精神科評估（含精神科醫師診斷評估、臨床心理



師評估）、內分泌科醫師評估、整形外科醫師評估、婦產科醫師評估、泌尿科醫師評估，另外有些醫院也可能轉介病理科的染色體分型及社會工作師介入等等。所需時間因人而異，並無法律明文規定，有些醫師會採取過去約定成俗的兩年評估時間，有些則會視當事人情況拉長或縮短。

早年大部分精神科醫師的觀點認為，個案需有良好的社會職業功能、家庭適應能力，最好還有家人的充分支持，才適宜接受手術。但這樣的期待其實與社會現實相衝突，通常變性欲者能得到家人支持的僅占少數，多半歷經長期抗戰而未必得到家人認同，因此現在並不會過度倚重家屬觀點。至於早年曾出現的評估標準如智力（中等以上）、年齡（20-40歲），也隨著考量當事人的自主及平等權、還有手術技術的成熟進步，不再成為必然的門檻。

過去在完成初期評估後，醫療小組會要求個案必須進行「現實生活測試」（Real Life Test），全日以異性（即想要成為的性別）打扮，以異性的生活模式來測試工作、社交的適應能力，還有社會的接受程度等，從而決定個案在心理上是否適宜進行變性手術。但隨著時代進步、資訊發達，許多跨性別者在就診前早已掌握許多跨性別相關資訊、也已經身體力行跨越性別的生活好一段時間，會來到醫院純粹是為了賀爾蒙治療或變性手術，精神科醫師也不希望成為當事人變性的守門員、而更希望是協助者與陪伴者，因此精神科就診的時間和次數就更為彈性，現實生活測試也不再是制式的規定。

事實上，現實生活測試中所包含對社會接受度的觀察，也是一項相當困難且牽涉社會價值觀的議題。一般大眾對於變性者仍有相當的誤解與歧視，即使現在社會觀念日漸開放，仍對變性者有外貌上的要求，即「看不出來是變性的人」才較能得到較多的認可，例如 MtF 常被期待應該要有出色的外觀，「比女人更像女人」常是媒體報導時愛用的形容詞，隱含「好看的」變性者才算是「成功的」

變性者。在這樣的社會期待下，往往不是所有變性欲者在現實生活測試時都能順利得到社會接受，而社會的接受程度勢必會影響個案的心理狀態，若在現實生活測試中遭遇此困難，應該要改善的是社會僵化的視線，而不是武斷地將當事人視為「不宜變性」。

在當事人逐漸轉變性別表現的過程中，多數的變性欲者也會開始接受賀爾蒙取代療法（Hormone Replacement Therapy），一般會由內分泌科醫師進行追蹤及藥物開立，有些醫院當中則是由婦產科醫師執行。雖然醫師都會建議應該要有正規的醫療追蹤及處方，但也有一部份的變性欲者會自行至藥房買藥，背後的原因有許多可能性，包括對於就醫環境的不信任、就診會多一筆金錢花費、或者過去已長期自行買藥而認為不需要改變……等等。

當賀爾蒙治療穩定發揮效果、身體狀況漸趨適應後，若當事人希望進行性別重置手術，則會轉介給外科醫師進行評估。在少數幾個變性醫療團隊完整的醫學中心中，精神科醫師會與開立賀爾蒙的醫師、手術醫師直接討論當事人的治療計畫，手術中可能會有整形外科、婦產科、泌尿科醫師共同參與進行。

有些個案則會選擇在整形外科診所進行性別重置手術，診所醫師經常也會要求需有精神科醫師的診斷證明書方可手術。也有變性者因為所處地區缺乏完整變性醫療資源，因此從精神評估、賀爾蒙治療、到性別重置手術，一切由自己尋找適當的醫生，在多家醫院之間來回奔波。

男性變為女性的手術，經常是一次完成，亦即外生殖器（陰莖、睪丸）切除術與陰道重建手術合併進行，有時也會同時做隆乳手術。女性變為男性的手術，大部分的個案僅進行內生殖器摘除術（包括子宮、輸卵管、卵巢）及乳房切除術，以達成更換身份證的最低要求；少部分個案則會加做外生殖器成形術，包



括陰莖成形術（phalloplasty，利用皮瓣移植製做成人工陰莖）或陰核釋出術（metoidioplasty，因賀爾蒙治療會造成陰蒂的增大，故利用陰蒂來形塑成陰莖）。其中重建人工陰莖的術式難度高、花費大，故在台灣仍少有人進行。

在手術過後，精神科醫師應進行追蹤評估與醫療，外科部分亦需長期追蹤及術後保養，如男變女手術後的陰道撐闊術等。但實際上，除非發生手術後遺症，否則個案的術後追蹤率經常偏低，這可能與個案對隱私的高度保護有關。

而變性者進行的醫療介入常常不只賀爾蒙治療及性別重置手術，因為社會對於性別外貌的「常規」有嚴格的檢查，大眾經常不自覺地對於跨性別者投以審查、監視的目光，造成許多跨性別者必須顧慮各式各樣的外型細節，以免遭到「拆穿」，而這樣嚴厲的社會眼光，也造成跨性別者生活上諸多困難。

3-3 處境

跨性別者所面臨的處境，經常來自於外界的不瞭解，以及體制對少數族群的不友善。茲分述如下：

一、日常生活

許多跨性別者的日常生活，由於外貌容易被質疑「不像個男人」或「不像個女人」而左支右絀。最常見的就是使用公共空間時的窘境，例如不知該上男廁或女廁，只好選擇無障礙廁所、或者寧可憋尿。又如果選擇某一種性別的公廁時，可能會遭來無端的注視、質疑、挑釁、甚至是言語暴力。MtF 若選擇上女廁時，如果外貌尚未符合一般女性的容貌，經常因為成見而被視為變態、甚至因此遭到報警處理。這樣的困擾不只發生在公廁，也會發生在公共更衣室（例如健身房、游泳池），或者溫泉泡湯的場合。跟公司團體外出旅遊、住進病房、甚至

是入監服刑時，得膽戰心驚地害怕被安排在不屬於自己性別認同的房間，造成許多跨性別者只能限縮自己的生活範圍。

跨性別者更常因為外貌、聲音、骨架、身高而被質疑，甚至被陌生人指指點點、在背後評論或訕笑。因為自己不夠符合男女美醜的標準，而被懷疑是不是真的男性或女性，或者被直接視為第三性公關。媒體常在這個過程中扮演了落井下石的角色，例如將跨性別者當成獵奇的對象、潛在的犯罪者、或者腥羶色的題材和笑點。有時候遇到警察臨檢，跨性別者也會因為自己的性別不符常規而感到擔憂，深怕自己遭到警方欲加之罪、或者言語欺凌。

外人常輕易地懷疑跨性別者的性別認同，武斷地評定當事人「還在摸索、還不懂、被帶壞」等等，甚至根據媒體上的污名印象，而謾罵跨性別者「會像人妖一樣短命」、「不得善終」。有些人會對跨性別者施暴，例如咒罵 MtF「不男不女」、或鄙視 FtM「是假男人」，羞辱其性別認同，甚至用「讓你懂得男人的好」為藉口而性騷擾、性侵害跨性別者。

當跨性別者的姓名和性別看似不一致時，常會被追問是男是女，這樣的困擾會發生在無數場合，例如找房子、辦貸款、找工作、辦保險時，會因性別問題被拒絕或刁難。買衣服時被店員質疑性別、以致於拒絕提供服務。在填寫個人資料時，跨性別者常常難以找到屬於自己的正確性別欄位，擔心填寫自我認同的性別而跟身份證不符時，會有後續的麻煩。甚至連參加「女生路跑」這種標籤化性別的活動，都會讓跨性別者寸步難行。

2014 年於美國的研究顯示，56% 的同志病患和 70% 的跨性別病患曾面臨醫療歧視 (Human Right Campaign Foundation, 2014)。跨性別者在醫療場合可能會被再三詢問身份、頻被要求出示性別相關的診斷證明，或因為性別身分



而造成醫療權益受損。有些性別敏感度不足的醫療人員，可能會輕率地將「跨性別」與疾病相連結，或頻頻懷疑跨性別者罹患的疾病是和其性別身分有關，因此講出不友善的言詞。

另外，在日本也曾發生 FtM 發生車禍後，保險公司在理賠時不知該依男性的平均餘命及平均酬勞來計算金額，還是以女性的公式為之；這又牽涉到男女同工不同酬的議題，女變男族群在手術後平均工資呈現上升曲線，反之男變女族群則會下降，因此跨性別的議題也折射出了社會對待兩性的差異，顯示性別議題間密不可分網絡結構。

二、家庭議題

跨性別者幾乎也都必須面臨家庭出櫃議題，以及家人對於自己性別認同難以接受而造成的衝突。與同、雙性戀較為不同的是，跨性別者在外觀上更容易被家人察覺，因此在尚未出櫃跨性別認同之前，可能早就為了「頭髮為什麼剃這麼短？為什麼不肯穿裙子？不能有點女生的樣子嗎？」（FtM）、「頭髮為什麼留這麼長？為什麼要化妝？不能像個男人嗎？」（MtF）而發生家庭革命。

即使在明確出櫃之後，如果親友無法肯定自己的性別認同，仍可能會錯稱自己的性別，例如錯稱 MtF「先生、大哥」、或者錯稱 FtM「小姐、妹妹」等，當事人常得要時時提醒親友用正確的性別來稱呼自己，久而久之甚至被認為在無理取鬧。

而家人、尤其是父母如果難以接受當事人的性別認同，往往也會成為跨性別者追求自在生活的最大阻力，尤其如果需要進行變性程序的跨性別者，需要一定的經濟能力、以及手術後照顧的人力，如果家人無法支持，變性之路會走得更加艱辛。

在華人文化中，家庭關係扮演了非常重要的角色，逢年過節必須面對遠親近戚的關愛和探問，也因此常陷入困窘的局面。對於跨性別者的父母來說，即使自己已經接受孩子，也很難回應親戚詢問「怎麼以前看到的小妹妹現在變成這樣子？」「小時候看起來就已經娘娘腔了，你們怎麼放任他現在留長髮又化妝？」造成父母壓力巨大、親子關係更加緊繃。

三、感情與性議題

在感情及性的議題上，跨性別者一則面臨缺乏人生範本及同儕經驗，因此必須自我摸索許久，二則面對大眾窺奇的心態、以及偏見導致的惡意，而面臨更高的情感或性暴力風險。

例如許多 FtM 在初期尚未認識到「跨性別」這個族群的存在時，常會先進入女同志族群，而被認為是女同性戀當中比較陽剛的 T。但許多 FtM 後來都會漸漸發覺自己跟女同性戀族群不太相同，因為女同性戀仍然視自己為女性，但 FtM 並不想作為一個女性，因此在更多的摸索及認識後，察覺自己比較歸屬於跨性別族群，而以男性的身份去交友。

這裡要再次強調的是，跨性別者也跟順性別者一樣，有各式各樣的性傾向，因此 FtM 當中，有人喜歡女性、有人喜歡男性、也有人是雙性戀或無性戀，MtF 族群亦同。一般我們會以當事人的性別認同作為稱呼性傾向的依據，例如 FtM 喜歡女性，即是異性戀者，因為 FtM 是以男性的身份跟心態在喜歡女性。

而許多 MtF 在認識對象時，也會面臨性別氣質和身份的質疑。如果 MtF 喜歡的是女性，常會被問「你就當個男生喜歡女生就好了，為什麼要大費周章變成女生、當一個女同性戀？」如果喜歡的是男生，也經常發現自己在男同性戀的交友圈當中難以得到認同，被男同志圈崇拜陽剛、追求 man 味的交友市場所貶



低。當 MtF 以女性身份進入交友環境時，又經常被質疑並非「真女人」，而在女同性戀圈或者男異性戀圈中碰壁，甚至還可能遇到網友純粹為了獵奇而見面，因此遭到驚嚇或不當的對待。

跨性別者的性生活跟生殖能力，也經常被好事者拿來大做文章。一般人不會輕易地懷疑他人的性器官或性行為方式，但許多人認識跨性別者時，卻可能唐突地詢問私密的性生活。跨性別者也可能因為使用賀爾蒙治療、或因摘除性器官而失去生殖能力。面對傳統的傳宗接代觀念，許多跨性別者會覺得自己在擇偶時遇到更大的障礙。

生殖能力的問題，在醫學層面上，會建議當事人在進行賀爾蒙治療之前先保存精子或卵子，未來有機會誕生自己血緣的小孩，但這牽涉到個人意願以及經濟能力。在法律層面上，修正法律不將性別重置手術作為變更性別的必要條件，可以較為保障跨性別者的生殖權利。在社會層面上，逐步改變大眾「不孝有三、無後為大」的僵化思想，讓婚姻與生育得以脫鉤，才能有助於社會上眾多不孕者擺脫道德上的針砭，而真正得到自在的生活。

四、醫療介入

跨性別者當中出現「性別不安」情況的人，可能會尋求醫療上的協助，這些介入模式會依不同發展階段而有不同建議：

兒童期的介入以家長諮詢為主，給予家長正確的性別觀念，瞭解到性別不安（或性別不一致）並非病態，以接受與支持的態度陪伴孩子共同面對外界的壓力。而根據上述發展歷程研究，大多數兒童性別不安不會持續至成年期，因此此時並不建議進行全面的社會角色轉換（social transition），例如：不需要改成另一性別的名字、不需要全面地換穿另一性別的衣著、也不需急著更換身份證件

的性別等 (Vries & Cohen-Kettenis, 2012)。

進入青春期之後的性別不安者，可開始考量使用「性腺刺激素釋放素協同劑」(GnRH analogue) 進行「青春期抑制」，或在青春期後期進行荷爾蒙治療及性別重置手術。

對於厭惡自己身體性徵的性別不安青少年來說，眼睜睜地看著自己的身體發育成熟（例如 MtF 的青少年面臨骨架變得寬大、聲音變低沉），而越來越難以挽回，是一件相當痛苦的事情，也不利於未來的荷爾蒙治療或手術整形的預後。而青春期抑制治療，可以為當事人爭取更多的時間思考與保留選擇權，且是一項完全可回復性 (completely reversible) 的介入，因此世界跨性別健康專業協會 (WPATH) 認為，阻止青少年跨性別者得到青春期抑制的治療，是不符合醫學倫理的行為 (World Professional Association of Transgender Health [WPATH], 2011)。也就是說，醫療人員應告知此種改善性別不安的方式，讓當事人及其家長得以考量選擇。

至於跨性別荷爾蒙治療，一般可在 16 歲以後開始給予，18 歲以後則可考慮進行性別重置手術 (WPATH, 2011)。性別重置手術牽涉到整形外科、婦產科、泌尿科等多個科別，術式亦有多種差異，醫療團隊需與當事人充分討論對於手術的期待，包括術後外觀、性生活需求、術後休養期、手術可能的併發症等，以達到最佳的生活品質。

五、性別變更要件爭議

如前所述，法律上對於性別變更的要件包含精神科專科醫師診斷書及摘除原有性器官。然而，這兩項要件也造成許多希望得到法律身份認可的跨性別者吃足苦頭，因此仍存在相當大的爭議。



世界跨性別健康專業協會於 2010 年針對世界各國的性別變更政策發表聲明，反對必須手術或者剝奪生殖能力才能變更性別身分的規定，敦促各國政府取消此類法律。而針對本國性別變更規定中的手術要求，「消除對婦女一切形式歧視公約」（Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW）審查委員會於 2013 年第 2 次國家報告的建議亦指出：

性別認同是基本人權，且無必要強迫或要求摘除生殖器，個人傾向應該得到尊重。並進一步建議應取消此一規定。

因此，2013 年 10 月 8 日總統府人權諮詢委員會召開會議，決議「請行政院性別平等處協調內政部及衛生福利部等相關機關研商如何完善跨性別登記之相關措施。」2013 年 12 月 9 日，衛福部召開了「性別變更登記認定要件研商會議」，該次會議的主持人陳快樂司長裁示決議：「性別變更登記不需醫療認定要件，相關配套措施由內政部邀請有關部門、民間團體、專家學者再做討論。」本次會議的結論上了隔天自由時報頭版頭條〈性別變更鬆綁 未來不需動刀〉，多個民間組織與性別團體聯合發表聲明，肯定本會議「將法定性別變更與醫療認定脫鉤，彰顯出台灣性別人權邁向一大步！」

此後，衛生福利部發文給台灣精神醫學會，要求針對性別變更登記提供專業意見。台灣精神醫學會也在 2014 年 1 月 17 日於官方網站發表「對性別變更議題之聲明與立場」：

不建議直接由精神科專科醫師開立診斷證明，即可變性，建議政府成立性別變更決定的專門組織，以執行性別變更決定，以確保當事者權益。

然而此後數年，關於性別變更辦法雖然歷經數次會議討論，卻再無明確進展，因此目前仍保持原有規定。在 2017 年《消除對婦女一切形式歧視公約》中華

民國第 3 次國家報告當中，我國回應前次建議如下：

有關性別變更者如不摘除性器官辦理性別變更登記，因當事人在何條件上，其性別可認定已變更，且可判定其已變更為何種性別，涉及性別認定標準及認定機關議題，內政部於 2015 年已擬具建議報告，復於 2016 年補充說明，惟因相關部會意見分歧，仍協調相關部會中。¹

無獨有偶，2017 年兩公約²第 2 次國家報告國際審查會議結論性意見與建議第 72 點：

在跨性別者方面，委員會建議政府以法律明文承認跨性別者自由選擇的性別認同，不受非必要的限制。

針對法律上的「性別變更」需要何種要件，其實挑戰了社會對於「性別」的思考。從上面歷程可知，除了性別重置手術之外，是否需要「精神科診斷證明」也是一大辯論重點。對於性別的認同，究竟是個人主觀意識即可判斷，還是必須經過公眾認可、或者所謂專家的鑑定？一個人對於族群、興趣、志向、社會地位的認同，似乎都不需要專家鑑定，甚至性傾向的認同亦是個人隱私，無須開立證明，唯獨性別認同被視為一種「須經專業診斷」的特質，因此備受爭議。

跨性別社群中對此亦有不同觀點，有些人認為性別認同本為個人心理狀態，社會文化反而扭曲一個人對自己性別的自主權，因此所謂「專家鑑定」是多餘且侵擾人權的。但另一種觀點認為，就現實層面而言，多數變性欲者的親屬、父

¹ 2017 年《消除對婦女一切形式歧視公約》中華民國第 3 次國家報告第 16.40 條。

² 公民與政治權利國際公約（International Covenant on Civil and Political Rights）及經濟社會文化權利國際公約（International Covenant on Economic, Social and Culture Rights）



母，一開始當然無法接受變性這種顛覆傳統思維的作法，反倒在精神科醫師的「加持」之下，經由各種精神心理評估方式，證明個案確實為性別不安，需經由手術改變生活方式才能改善。這種對專業的依賴，其實對部分家屬能達到緩解疑慮的效果。因此也有許多變性欲者積極尋求精神科醫師證明，期待能夠早日回歸屬於自己的性別狀態。

六、變性成本

整體變性流程所費不貲，從一開始的精神科評估、賀爾蒙治療、手術評估、到最後真正進行性別重置手術，對一般個案而言都是沈重的負擔。精神科醫師的門診有健保給付，但心理師、社工師的會談收費則依醫院而異。至於染色體檢測則為自費項目，收費數千元。但最大的花費仍來自性別重置手術，男變女手術約為三十萬（生殖器官手術）至四十五萬台幣（加上隆乳手術），女變男手術約為十五萬至八十萬台幣不等（依手術手法及是否進行陰莖重建而異，亦可能包括術後修整）。關鍵議題在於，全民健康保險法第 39 條規定：

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：

……三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。」

因此目前性別重置手術需完全自費。全民健康保險法對於自費規定的準則為非必要性的醫療行為，所以美容手術、齒列矯正不在給付範圍之列。但性別重置手術究竟是否為「醫療必要手術」，則仍屬妾身未明的爭議階段。有學者認為性別不安是精神醫學診斷，透過手術才能讓「病人」得到生理與心理的整合，因此手術是必要的「治療」。但亦有學者認為性別重置手術牽涉到美容項目（外生殖器重建、乳房重建等），且手術不見得是唯一選項，因此不宜列入給付範

圍。儘管辯論仍持續，但以目前健保財務吃緊的現實情況而言，性別重置手術得到健保給付的機會仍遙遙無期。

法律上的性別變更，雖然僅限於精神科就診及生殖器官手術，但許多跨性別者為了希望能在一般社會中被接受，讓舉止跟外貌更顯「自然」，常需要付出更高的成本。其中尤以 MtF 個案的額外醫療開銷更多，例如：臉部女性化手術、抽脂手術、脂肪填充手術、隆乳手術、嗓音手術、嗓音訓練、甲狀軟骨縮小手術、植髮、除毛、以及各種美容手術。而 FtM 個案也可能需要做平胸手術、抽脂手術、以及其他美容手術等。

這些龐大的金錢消耗，其實還伴隨了術後休養必須請假而無法工作，不是所有人都能承擔這樣的生活風險。因此跨性別者的處境仍與其社經地位有關，反映性別仍與階級具有高度的交織性。

七、公部門人員可以怎麼做？

在公部門當中有機會接觸到各種不同的族群，當然也會接觸到同志、跨性別族群，經由以上的介紹與認識，將有助於對跨性別者的理解，而理解就是友善的第一步。在具體的作法上，可以注意以下幾點：

(一) 保持對於多元性／別的敏感度及友善態度

遇到外型與身份不符、或者超出一般兩性樣貌的人，不需大驚小怪，以平常心看待即可，這些人並不會比較變態、也不會比較容易犯罪，並不需要預設立場。公部門人員可以思考自己對於多元性別的態度，是否因為自身的成長背景而容易反射性地對於所謂「男不男、女不女」的人流露出鄙夷之情。尤其警方臨檢時，更不應以其「奇裝異服」而視為潛在的嫌疑人。在公務往來的過程中，也需瞭解性別身份並不影響當事人的可信度。



（二）注意稱謂

對於許多跨性別者來說，與人互動中常見的尷尬多來自於稱謂。大多數跨性別者並不喜歡被稱呼原生性別，但當公部門人員看到跨性別者的身份資料時，經常會反射性地講出 OOO 先生、XXX 小姐的稱謂。事實上，跨性別者的個體差異性極大，對於外貌與性別氣質的自我期待也相當多樣化，有些樣貌、打扮已經完全轉變為其他性別，有些則可能介於轉變的過程中，而讓他人覺得錯愕。

倘若覺得面前這個人並非傳統二元性別，其實第一時間並不需要強加稱謂，若因公務需求需確認身份，則直接稱呼其姓名即可，或者禮貌地詢問對方「習慣被怎麼稱呼」。尤其避免在公開場合叫喚與當事人外觀不相稱的稱謂，或質疑其性別外觀與身份證件不符，這對許多跨性別者來說是嚴重的羞辱。

（三）理解「性別也可能是一種隱私」

許多跨性別者都有過被排擠、被霸凌的經驗，因此對於出櫃相當謹慎。由於在公部門辦理事務時，常需提出身份證明文件，當事人可能會更緊張，也更注意公務人員的用詞及隱微的態度。

由於一般大眾是靠外觀判斷性別，因此我們容易直覺認為性別是一項公開資訊，忽略了「性別」亦可能是個人隱私資料之一，因此，為跨性別者保密其原生性別，避免不必要的曝光個資，也應視為保密原則中的一環。

（四）注意身體界線與言語界線

由於身體和性別的私密性，許多跨性別者對於自己身體的界線相當重視，事實上不論對待任何人，都應該有適宜的身體界線。有些外型偏向陰柔、

女性化的跨性別者，可能會遭到不必要的窺探、甚至是身體碰觸，想要確認「她」是不是女生。有些較陽剛的跨性別者，則可能被視為「可以當成兄弟互動」，而忽略了身體上的碰觸仍可能侵犯到當事人的界線。這些仍是互動過程中不應輕率看待的原則。

(五) 不應假設性別認同可以被改變

世界衛生組織已正式宣告性別認同的多樣性不是一種異常、「性別不一致」也不是一種疾病。既然並非異常，就沒有改變或「治療」的必要，事實上也沒有任何可信的研究證明性別認同能被外力改變。因此，與跨性別者相處的過程中，不應抱持當事人性別認同需要改變、或者可以被改變的態度，更不應該假設性別認同與生理性別不一致有某些「病因」。因此需注意避免以下這些不禮貌的揣測，如：「你是一時趕流行才會覺得自己是男生（女生）」、「既然你喜歡的是女生，為什麼不當個男人就好、卻要變性成女人？」、「你一定是缺乏父愛（母愛），才會想要變成女生（男生）吧？」

(六) 改善公用空間

許多空間長期以來是以兩性思維設計，例如更衣室、公共廁所、宿舍等，卻會造成非二元性別者、或者正在跨越性別過程的使用者極大的困擾。因此，在公用空間的設計上，需納入非二元性別的思維，例如廣設性別友善廁所、不分性別的個別更衣空間、並在宿舍設計及分配上有更完整彈性的計畫。

性別友善廁所的設計，有些是以無障礙廁所改裝，有些則將廁所以功能性（小便斗、蹲式馬桶、坐式馬桶）分別隔間、而非以性別區分，各有巧思不同。性別友善廁所不僅僅是能讓跨性別者有安全方便的如廁環境，更可



以讓帶著幼年子女的父母，不會因為性別不同而無法帶著孩子共同如廁；也能讓照料年長或身心障礙者的家屬、看護，即使性別相異，仍能共同進入廁所協助照護。

性別友善宿舍的規劃，一直以來都面臨多重阻力，機關學校往往較為被動，但其實已有多所大學院校嘗試辦理，給予學生更多的自律空間。例如中山大學開辦性別友善宿舍，以一年時間籌備，製作問卷、辦理公聽會，調查校內學生意願等，以宿舍某樓層開放男女混宿、學生自選室友，但需依照生理性別分房，學生若要申請只需填妥家長同意書，且讓跨性別學生也能選擇相互認同的朋友同住（許維寧，民 108）。這些都是性別平等的務實推展，也都需要公部門運用更多的智慧，帶動民眾理解及適應多元社會。

3-4 結語

再次強調，跨性別族群遠比「性別不一致」、「性別不安」等診斷涵蓋更廣，其中的多樣性超乎想像，絕對不是「比男人更 man」、「比女人更女人」這種刻板印象而已。性別多樣性就是人類必然的、而且正常的現象，「正常」本來就不止一種。

醫學上皆已明確將性別不安者去病化，改名雖然無法真正地去污名，但絕對是重要的一步。名詞建構了人們對於客體的基本想像，也是讓人認識一個族群的入門方式，但真正要好好瞭解一個人，簡單的名詞和標籤可能反而成為障礙與陷阱。因此，我們必須瞭解，雖然跨性別是一個族群的集合名稱，但其中的每個個體都有其獨特性，把每個人視為立體的、獨立的個體，才是符合人本的態度。

民間組織也提供多元性別者支持性的服務，公務部門可適時連結跨性別者及其家屬得到相關資源。在台灣，常見的同志友善資源可在台灣同志諮詢熱線協會網頁查詢：

<http://hotline.org.tw/services/89>。跨性別者若需要社群資源，也可以在台灣同志諮詢熱線協會的跨性別小組中得到協助。

雖然跨性別者挑戰了社會對於傳統二元性別的定義，但其真實存在。公民社會當中，即使是少數也應該被大眾看見，而不是輕易抹煞他們的生存權。在認識跨性別的過程中，反倒可以檢視我們過往對於「男生應該如何、女生應該如何」的刻板印象，試著找出讓每一個不同的人都能共同生活、彼此尊重的方式，成為一個真正多元共融的社會。





■ 參考文獻

我國醫學史上的創舉，謝尖順變性手術成功（民 44 年 8 月 31 日）。聯合報，頭版。

許維寧（民 108 年 10 月 24 日）。公校第一所無性別宿舍，中山大學開放跨性別生選室友。蘋果新聞網。取自 https://tw.appledaily.com/new/realtime/20191024/1652996/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=twad_article_share&utm_content=share_link&fbclid=IwAR1EycKA--3_fbaqt9DWn5P_ExVtjM3CeUiZgAQn5gXul2qgJmORj9GQO6g

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Annelou, L. C. de Vries, & Peggy, T. Cohen-Kettenis. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. *Journal of Homosexuality*, 59:3, 301-320.

Bockting, W.O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28 (1), 3-7.

Collin, L., Reisner, S.L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13:613.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44, 34-45.

Flores, A.R., Herman, J.L., & Gates, G.J., et al. (2016). *How Many Adults Identify as Transgender in the United States?* Los Angeles, CA: The Williams Institute.

Human Right Campaign Foundation. (2014). *Healthcare equality index*. Retrieved from <http://www.hrc.org/campaigns/healthcare-equality-index>

Meerwijk, E.L. & Sevelius, J.M. (2017). Transgender Population Size in the United

States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. *American Journal of Public Health*, 107(2):e1-e8.

Rider, G.N., McMorris, B.J. & Gower, A.L., et al. (2018). Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: A Population-Based Study. *Pediatrics*, 141(3) e20171683.

World Health Organization. (2018) *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068/>

World Professional Association of Transgender Health. (2011). *Standards of care. Seventh edition*. Retrieved from <http://www.wpath.org/>

