

性別與

健康、醫療與照顧

序

我國自民國 94 年底通過「行政院各部會推動性別主流化實施計畫」以來，便積極推動公部門性別主流化，將性別平等價值融入政府施政，公務人員對於政府在政策研擬、資源配置、推動執行等各面向融入性別平等價值扮演重要角色；故致力培養公務人員具有性別敏感度，一直是本院推動性別主流化工作之重點。

為引導公務人員從生活或公務經驗中察覺性別議題，進而於個人或公務領域中展開推動性別平等行動，本院性別平等處已於 103 年 10 月出版「識讀性別平等與案例分析」一書，內容包含性別平等基本理念及實例故事，從傳統文化、日常生活或公務經驗引導公務人員探索與辨識性別差異現象，作為啟蒙性別意識之基礎教材。為進一步協助公務人員將性別平等議題更為緊密地融入各項業務中推動，廣續以性別平等政策綱領為架構，逐步發展「環境、能源與科技」、「就業與經濟」、「人口、婚姻與家庭」、「權力、決策與影響力」、「健康、醫療與照顧」、「教育、文化與媒體」及「人身安全與司法」等 7 大領域之性別意識進階教材系列叢書。

本書「健康、醫療與照顧」篇共分前言及 4 章，包括「性別友善醫療環境」、「醫療領域之性別分工與決策參與」、「精神健康與性別」、「性別與照顧工作」等 4 項重要議題；透過研析國內、外於健康、醫療與照顧領域的性別議題政策規劃之具體措施及其效益，討論女性在健康、醫療與照顧及福利政策的現況，並提出未來政策方向之建議，以促進性別平等參與。在此特別感謝高雄醫學大學楊幸真教授、高雄醫學大學成令方教授、高雄市阮綜合醫院林奕萱醫



師、衛生福利部金門醫院徐志雲醫師、台北榮民總醫院陳牧宏醫師、台大醫院雲林分院黃偉烈醫師、河堤診所黃璨瑜醫師、台北市立關渡醫院精神科與台北榮民總醫院劉弘仁醫師、臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區與臺北市立聯合醫院昆明防治中心衛漢庭醫師、高雄醫學大學醫學系暨附設醫院精神科顏如佑醫師、高雄醫學大學醫學系暨附設醫院精神科顏正芳教授、陽明大學周月清教授等擔任執筆人，貢獻時間與專業智慧，共同完成本書之內涵。

本書集結了多位專家學者之性別平等專業，共同為提升公務人員之性別意識而努力，期待讀者能看到這份心意，將性別觀點應用於業務規劃與推動，共同努力完善性別平等各項施政，提升國家競爭力，創造性別平等幸福永續的臺灣社會。

目次

前 言	健康、醫療與照顧篇	001
第一章	性別友善醫療環境	005
1-1	前言	005
1-2	國外推動性別友善醫療環境之具體措施及效益	014
1-3	策略思考與做法	027
1-4	未來展望與結語	035
第二章	醫療領域之性別分工與決策參與	041
2-1	前言	041
2-2	國內、外具體措施及效益	046
2-3	引導策略思考與創新做法	054
2-4	未來展望與結語	064
第三章	精神健康與性別	068
3-1	前言	068
3-2	認識精神健康中的性別	071



3-3	認識性別少數和性傾向少數族群之精神健康需求	091
3-4	政策建議	106

第四章 性別與照顧工作 **112**

4-1	前言	112
4-2	國內、外推動性別平等政策具體措施及其效益	121
4-3	引導策略思考與做法	143
4-4	未來展望與結語	148
附件	瑞典兒童家庭政策	163

表 次

表 1-1	舉例國際間現有之性別友善醫療參考資料	032
表 4-1	支持照顧者工作與照顧平衡兼顧之社會安全制度跨三國（瑞、日、臺）比較	139
表 4-2	家庭照顧者支持計畫之性別主流化檢視單	144



圖次

- 圖 1-1 高雄市立小港醫院提供東南亞新住民母乳哺育衛教海報 008
- 圖 1-2 2010-2016 年參與 HEI 醫療機構在應用核心指標的成長表現 018

前 言

健康、醫療與照顧篇

高雄醫學大學性別研究所教授／楊幸真

2011年，行政院提出《性別平等政策綱領》，列舉七大核心議題，核心議題之一為「健康、醫療與照顧」，並以專論／篇的方式加以介紹。「健康、醫療與照顧篇」強調健康、醫療與照顧政策全面融入性別意涵，提升醫療與照顧體系性別敏感度，積極推動性別友善之醫療與照顧環境，營造健康、醫療與照顧產業之性別友善性。為使公務人員對此議題有更多的認識，本篇共收錄四篇文章，這些文章都觸及醫療、健康與照顧領域及職場是否性別友善，關注不同性別者的平等健康權、公民權與社會福祉之實踐。各篇文章針對所探討的主題做概念說明及現況解析，介紹國內、外推動性別友善與性別平等政策之具體措施與作為，提供具體推動實例及解說其中的策略思考與作法，最後歸納與展望未來的政策建議或發展推動方向。

〈性別友善醫療環境〉一文呼應《性別平等政策綱領》中「健康、醫療與照顧篇」強調從婦女親善的概念擴展至性別友善，從性別主流化起源及性別觀點典範轉移的相關理論出發，切入探討性別、健康與醫療中的重要性別議題。作者指出，以性別議題取代婦女議題，重視的是對於社會既有性別權力結構的改變，以及當性別遇上醫療與健康時，我們還必須了解性別與性傾向、年齡、種族、族群、社經地位／階級、宗教信仰……等等因素的交互作用與相互關係。此外，

作者也針對性別友善醫療環境的概念與國內現況分析深入討論，並且提供國外醫療機構或組織建構性別友善醫療環境之具體措施，包括這些實際作為帶給人民與整體社會的效益與福祉。

〈醫療領域之性別分工與決策參與〉一文，係從臺灣社會環境與文化改變所帶動的醫療領域性別現象轉變切入，探討臺灣醫療場域中之性別分工與決策參與的變化，特別是當疾病型態與男尊女卑的文化改變時，如何影響醫療專業的分工及其中的性別關係。再者，這些變化與帶來的影響，如何影響醫療、健康與照顧的品質，以及如何因應改變促進性別友善醫療目標與理想之實現。作者指出，從歷史與社會進展的脈絡中，醫護的性別分工並非天生，而是以男性為中心的父權文化影響所致，也因此唯有社會對於某一職業的性別期待有所改變，才能讓不同性別者都能適才適性地選擇自身有興趣的專業。是以，作者參考國內、外現行的性別平等及性別友善措施，介紹這些政策帶來的效益，如：建制更為友善的工作環境，並且介紹成功的案例，引領讀者參照思考如何在臺灣制訂出相對應的政策、措施或實踐策略。

〈精神健康與性別〉一文揭示精神健康中的性與性別議題俯拾皆是，並且強調認識精神健康中性別議題的重要性，特別是，需要關注社會文化與性別規範對於性與性別少數者精神健康的影響。作者們指出，時常有人質疑醫學或醫療與性別的關係，因此作者以有趣的日常生活提問為例：「眼科醫師也要重視性別嗎？眼睛還有分性別嗎？」，來說明疾病的表現、診斷、病因與治療（如：藥物

的吸收、代謝、藥效)等等，皆可能存在性別差異，而這些性別差異或性別相關議題是過去較少受到重視、甚或是被忽略的議題。作者們亦指出，公務人員與醫療人員一樣，若能具備性別勝任能力(gender competence)，都有助於落實《性別平等政策綱領》或「消除對婦女一切形式歧視公約」(The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women，簡稱 CEDAW)的理念，消滅性別刻板印象造成之身心健康危害，破除疾病之性別盲，提供具性別敏感度之醫療保健與相關服務。

〈性別與照顧工作〉一文由說明照顧的意涵切入，運用性別主流化的觀點剖析照顧與性別議題，並從跨國案例與公共政策的比較分析，探討國家對照顧工作政策在性別平等的影響。照顧工作，尤其是家庭照顧工作，往往易被視為出於愛的勞動或私人的家務／照顧工作。而形成此一現象的原因，和照顧工作多半因性別期待而被視為屬於女人的工作有關。作者指出，照顧議題不只是個人的事情，它是個人、家庭、社區、國家的議題，更是國與國之間的經濟與政治議題，譬如在家庭與醫療機構中跨國移動的外籍看護。易言之，照顧是眾人之事，涉及層面既深且廣，其中包括了不同社會族群與文化對於性別角色分工的看法與態度、國家社福與勞動政策等等，因此需要從性別主流化觀點來探討照顧議題。作者提供國外推動性別平等照顧的豐富實例，藉由他山之石，既可審視國內的相關政策與作為，亦可作為我們參照的典範，積極開創如何透過公共照顧政策與制度設計，促使性別更加平等，亦使個人與社會皆受益。

整體而言，這四篇文章皆強調：若要具體改善健康、醫療與照顧服務品質或建制性別友善醫療環境，性別意識的提升及醫療組織／機構文化的改善至為關鍵、也至為重要。換言之，醫療、健康與照顧領域的性別主流化，必需仰賴教育先行，需要有完善的性別意識培力教育，方能逐步踏實地推動與落實性別主流化醫療、健康與照顧領域的理想。這也是本書的目的，作為性別意識培力教育的教材之一，希冀讀者能從這些文章中了解：唯有具備與不斷提升性別意識，以及從成功案例與學習資源中借鏡參考，發揮創意及找到貼合本土實用之實踐方向，才能讓不同性別者的醫療、健康與照顧議題受到關注與獲得必要的協助，達致性別友善醫療與健康照顧的理想。性別平等的理想雖非一蹴可幾，然而踏實築夢、一點一滴地累積推行成果，定能逐步朝向性別平等與性別友善醫療理想之實現邁進。

第一章 性別友善醫療環境

高雄醫學大學性別研究所／楊幸真

1-1 前言

(一) 背景理論

1. 性別友善醫療環境的重要性與相關理論

1975 年第一次世界婦女大會，通過「世界行動計畫」，將保障婦女獲取公平權利與資源的重點放在受教權、就業權、醫療照顧、居住、營養以及家庭計畫等方面。同時將 1976 年至 1985 年訂為「婦女十年」，要求各國在此期間修訂法律，保障男女能擁有相同的權利與資源（李安妮，2011：9）。然而，根據聯合國的報告發現，只將焦點放在女性身上是不夠的，男性與社會中既有性別權力結構的改變亦不能忽略，因而開始反省與出現觀點典範的轉移，「性別主流化」（Gender Mainstreaming）即在這樣的脈絡下產生。爾後 1995 年聯合國第四屆世界婦女大會通過「北京宣言及行動綱領」，提出「性別主流化」做為推動性別平等的行動策略，將性別議題取代婦女議題，強調以性別主流化的政策執行消弭國家社會中的性別歧視，進而落實男女平權及性別關係的整體轉化，終極目標為促進性別平等（彭滄雯、李稟觀，2007；United Nations, 1997）。

臺灣在這樣的國際潮流及國內既有基礎上，2011 年行政院性別平等處（以下簡稱性平處）提出《性別平等政策綱領》（以下簡稱性平綱領），內容有總論及七篇專論，其中包括「健康、醫療與照顧篇」。健康、醫療與照顧篇，強調從婦女親善的概念擴展至性別友善，強化利用已建置之性別統

計作進一步的性別分析，據此發現健康機會與疾病因素之性別差異，並將健康政策全面融入性別意涵，提升醫療與照顧體系性別敏感度，積極推動性別友善之醫療與照顧環境，以性別特殊性及身心並重作為推動全方位健康政策的目標（李安妮，2011）。

時至今日，當談到「性別」時，我們知道「性別」的定義與內涵日益複雜。性別議題當然已不再侷限於兩性、兩性關係、生理性別與社會性別的探討，多元性別、性別少數、性少數等等不同性 / 別族群的認識及差異權力、權益的關注和落實，是近年來討論或辯證的焦點。對於性別平等的意涵，也有不同的立場、詮釋與實踐的方式。

因此，以性別為出發，當性別遇上健康與醫療時，我們尚必需了解性別與性傾向、年齡、種族、族群、社經地位 / 階級、宗教信仰…等等因素的交互作用與相互關係，這即是「交織性」（intersectionality）的概念。交織性強調性別和年齡、階級、種族、族群、城鄉等等其他權力關係的交錯締連，會造就出不同的現象與經驗。交織性的概念提醒我們，每個人都是多重群體的身分，每個人的性別經驗也可能不同，會因不同地域、階級、族群、性傾向等等的身分而有所差異，一個人可能同時是壓迫者和被壓迫者，多重身分交織運作（游美惠，2014）。

此外，Verdonk 等人（2009）指出，在性別的相對重要性觀點中，性別容易被納入「多樣性」（diversity）概念。但談到多樣性概念時，卻多聚焦在文化與種族議題，其他多樣議題—如社會經濟狀況、性向或宗教—幾乎不被提及，相較之下，文化與種族議題的能見度高。這種將性別連結至多樣性議題，雖能減少反彈，然而，卻可能帶來將性別議題邊緣化的風險。因此，從性別觀點來探討醫療與健康照顧，「交織性」這個理論概念特別

重要。「交織性」的概念可以幫助我們更清楚掌握社會不平等的運作過程與微觀政治的面向（Kuhlmann & Annandale, 2010）。

整體來說，健康是每個人都需要擁有的基本人權。因此，創造一個性別友善醫療環境，不只是平等、更是社會正義的實踐（衛漢庭、陳牧宏、顏文璋，2015）。性別友善醫療環境的建置與完善，是性別主流化在醫療場域的具體實踐，更是健康人權的落實。而一個能夠反映多元性別進而友善對待的醫療院所，不僅彰顯出醫療機構對於不同性別者的尊重、接納與關懷，更顯示出健康照顧與服務品質的提昇和落實。

2. 性別友善醫療環境的探討議題

環境，指的是環繞著我們的物理形式，包含「自然環境」與「人造環境」。在人造環境中，涉及人們透過意圖形塑出來的建築物、空間設計與安排、使用空間的方法等等。這些有關空間的規劃與使用，更涉及到權力關係與資源分配（游美惠，2012）。因此，在探討性別友善醫療環境的議題上，我們可以從人與空間二大面向來看，並探討其中涉及的其他層面。

以「人」的角度來說，將「交織性」的概念納入思考，可思索審視醫療環境對於不同年齡、族群、性傾向等等因素之男女的友善程度。例如，醫院的衛教文宣品是否考量到新住民、移工或使用者多元文化背景的需求，而提供不同語言或內容的版本（參見圖 1-1）。此外，人的態度在醫療現場扮演一個重要角色，人的態度可以呈現在「醫病溝通」和「護病溝通」中，故「醫病溝通」和「護病溝通」成為建構性別友善環境之重要一環。

在溝通上，對於文化差異的了解，以及是否有多元文化敏感度，都是影響「醫用關係」¹之間溝通的關鍵因素。舉例來說，林靜佩、王秀紅和鍾信心

(2007) 發現，由於文化差異的不同，越南籍產婦要融入臺灣坐月子習俗倍感困難。醫療人員如何了解與提供不同文化的坐月子知識與衛教，進而有效地與產婦及其家人溝通，提供具有跨文化敏感度與知能的健康照顧。同樣地，對於 LGBT 族群² 與文化的了解，不僅能讓醫病之間良好的溝通，亦對此族群的健康需求提供有效的照顧，進而能讓 LGBT 族群在這樣一個過程中感受到關懷與尊重。

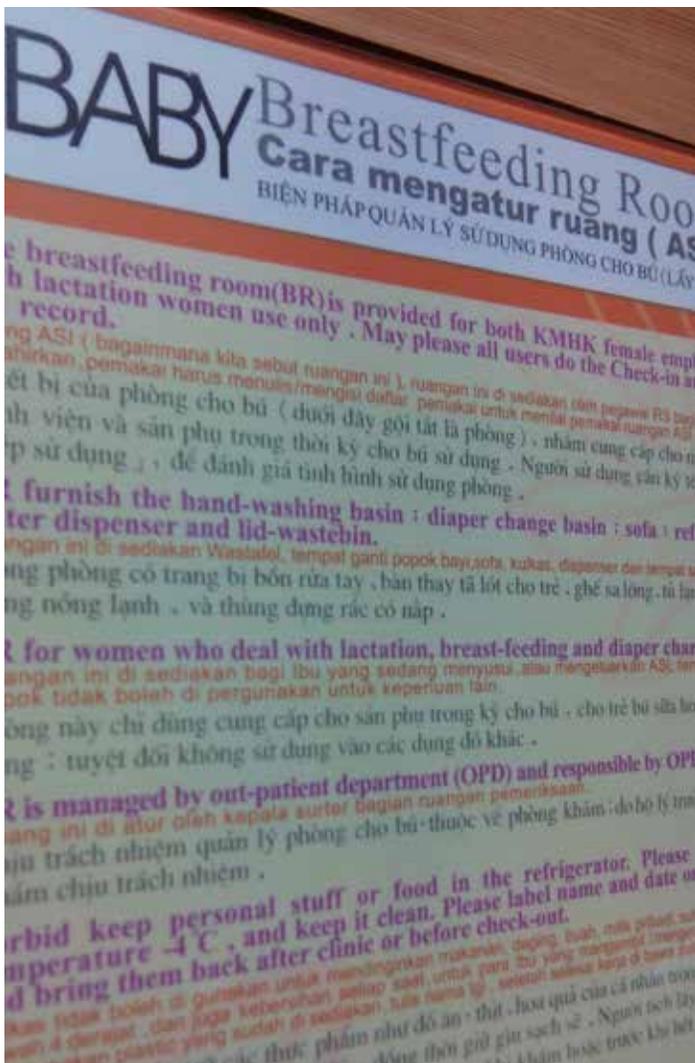


圖 1-1 高雄市立小港醫院提供東南亞新住民母乳哺育衛教海報

資料來源：取自楊幸真教育部計畫資料。

以空間來說，醫院在空間規劃與安排上，是要以醫療人員為中心，考量醫療人員使用的習慣性和方便性來設計，或是要以病人為中心，重視病人的權益和方便性（李佳燕，2008）？抽血檢驗站或愛滋匿名篩檢的空間設計，如何考量到受檢者的隱私性？此外，醫療院所如何也是一個性別友善的工作環境與職場？在「設計的歧視」一書中，作者 L. K. Weisman 指出：「空間是社會的建構；同時，也像語言之中的句法一樣，我們的建築物和社區的空間安排，反映並且加強了社會之中的性別、種族和階級關係的性質。語言和空間的使用都助長了某些群體支配其他人的權力，並且延續了人類的不平等。」（王志弘、張淑玫、魏慶嘉譯，1997）是以，空間具社會建構的特性，以及空間意涵社會文化與權力關係，不容忽略。

易言之，醫療環境，是人造的環境。這也是在建構性別友善醫療環境的過程中，強調醫療人員性別意識與培力教育的重要。再者，醫療環境種種的友善措施、設備與作為的完善，絕不只是個別醫療人員或醫療院所的責任，更是政府在政策、制度與相關配套上必需有所建置、規劃與實施。因此，我們必須思考，如何增進政策與制度的友善與健全性，降低個人特性與權力關係所造成的醫療體系使用差異、醫療資源使用障礙與困難、以及社會文化與結構的影響。

¹ 醫用關係，用以指稱醫療資源使用者及醫療專業者之關係，前者不限於醫師，還包括護士與其他醫療專業者，後者則包括病患與尋求醫訊的民眾（成令方，2002）。本文認為，使用「醫用關係」之間的溝通，較能體現醫療現場不只是醫生、護理師與病患之間的互動與溝通，亦能將其他醫療人員，如藥師、心理師，及照顧病患者、病患家屬或尋求健康照顧訊息者之間的互動和關係涵蓋進來，有助於我們了解醫療現場「醫用溝通」之複雜性，進而發展有效之溝通策略和作為。

² LGBT 為 Lesbian（女同志）、Gay（男同志）、Bisexual（雙性戀）和 Transgender（跨性別）之縮寫，也常用以泛稱不同性傾向與性 / 別認同之同志社群。

由此可見，性別友善醫療環境涉及與涵蓋的面向相當地廣闊，包含了政策與制度面、空間營造與軟硬體設施、臨床問診與醫病溝通、衛教方式與內容、教育與研究、醫療權益…等等。以「醫療權益」為例，可從醫療使用者與提供者的權益來區分，前者如病患的身體自主權、隱私權、醫療權、病患伴侶或是配偶的探視權，後者如醫療人員的工作權等等。換言之，若我們擴大思索性別友善如何在全面與個別的醫療環境之中落實，從巨觀與微觀層面思考性別友善醫療環境的建置，方能達到整體與全面營造尊重不同性別者友善醫療環境之目標。

（二）現況分析

1. 性別意識培訓課程

性別意識培力是我國推動性別主流化六大工具之一，亦是衛生福利部（以下簡稱衛福部）在《性平綱領》之「健康、醫療與照顧篇」具體行動措施短期目標之重點內容。許多醫療人員也主張，健康照顧人員的性別意識對於建構性別友善醫療環境至為關鍵與重要。林靜儀醫師（2008）從其專業與實務經驗中呼籲，建構沒有性別敵意的醫療環境，實質上就是進行醫學教育的改革，從醫學生或醫學相關人員教育上開始改革，讓醫療領域的參與者能夠具備足夠的觀念，培養具有性別敏感度的醫療人員，從而建立對性別友善的醫療環境。

臺灣目前的醫學教育大致可分為：大學 / 院校醫學教育（基礎醫學教育）、畢業後醫學教育（住院醫師訓練，即畢業後一般醫學訓練計畫，簡稱PGY）、醫學繼續教育（持續性專科發展）。事實上，衛福部推動的PGY計畫，於2007年起明定基本課程中「倫理與法律教學」，至少需涵蓋2小時「性別與健康」相關議題訓練，目前進一步擴大適用到醫學院各學系

畢業後進入醫療職場 2 年內的醫事人員（王志嘉，2015）。再者，衛福部修訂的醫事人員執業登記及繼續教育辦法，業已將「性別議題」加入繼續教育必修課程，各類醫事人員執業執照換證，均需要性別議題教育積分。2013 年臺灣醫學院評鑑委員會（TMAC）在新制評鑑準則中亦將性別納入醫學教育評鑑項目。

綜觀來看，雖近幾年的醫學教育改革已將性別議題納入整體醫學教育之中，但對於性別課程的落實及學習成效，尚未能有足夠的資料來反映實際情況，因為衛福部與教育部相關資料只呈現每年參與人數及性別評鑑。事實上，根據許多現場經驗發現，許多參與繼續教育的醫事人員往往刷卡即離開，缺少實際參與。基礎醫學教育與 PGY 即使規定有性別相關課程或訓練，然而，各醫學大學與醫院落實的情況差距極大，這些亦都是未能在統計數字與「成果報告」中呈現的既有現況。

再者，從近幾年衛福部《性平綱領》之「健康、醫療與照顧」成果報告中發現，性別意識培力，醫師是主要重點對象，護理人員為其次，故其他醫事人員培力訓練之可及性與重視程度則有待加強，其中適切的課程與教材研發也應該強化。此外，性別意識培力不僅重視不同領域及不同性別者的培力，長遠目標更應是促成組織文化的重整（Corner, 1999）。是以，促進醫療機構與組織文化的重整，逐漸成為性別友善與性別平等的組織，應列為培力醫療與健康照顧人員性別意識的長遠目標。

2. 女性癌症篩檢服務

在女性健康、醫療與照顧權益方面，癌症篩檢服務，特別是乳癌與子宮頸癌篩檢，是極受到重視與投入大量醫療資源的項目。例如，30 歲以上的婦女可免費進行子宮頸抹片篩檢，45-69 歲與 40-44 歲婦女們具二等親以內

罹患乳癌婦女的高風險群，可進行免費的乳房攝影篩檢。

然而，根據衛福部統計，2012年我國女性乳癌標準化發生率，續居女性癌症發生率首位，並較10年前明顯增加。乳癌經由早期發現早期治療之存活率雖高，惟因篩檢率偏低，仍高居女性癌症死亡率第4位（行政院主計總處，2016）。此外，根據衛福部2013年資料顯示，我國女性子宮頸癌發生率與死亡率，每10萬女性，就有9.5人罹患子宮頸癌，其中6.0人死於子宮頸癌（行政院主計總處，2015）。衛福部對此提出改善建議是：未來除將持續透過媒體傳播定期篩檢之重要性，亦將透過各直轄市、縣（市）衛生局成立之癌症篩檢管理中心針對符合首篩資格者加強通知。

事實上，篩檢率低與婦女們「知道定期篩檢的重要性」及「收到通知但卻不想來」的相關可能性極高。根據2014年「臺灣婦女權益調查及政策建議」研究發現（簡文吟，2014），婦女未接受免費乳癌與子宮頸癌篩檢之前四名原因是：沒有時間、覺得身體健康沒有異狀因此不用去檢查、自己不習慣去做任何檢查、聽說會痛或怕檢查會痛而不敢去檢查。此外，有非常高比例的受訪者，未提出具體理由來說明。而有關政府在推動癌症篩檢政策的表現，婦女不滿意的原因，最主要是認為癌症篩檢不應該有年齡的限制，政府應該放寬年齡的限制，其次是因為覺得篩檢的流程簡陋、覺得醫師不專業、認為醫院的篩檢品質不佳，再其次則是覺得對於篩檢的相關資訊（包括衛生教育）不足。在這項調查研究中，有相當高比例「未提出具體理由」說明未接受篩檢的原因，其實就是值得深入探究的方向，或許改變問題陳述或問卷調查的方式，就能得出不同的回答。此外，婦女覺得「篩檢流程簡陋」的詳細原因，以及婦女需要那些篩檢相關資訊與衛生教育，這些都是可以進一步探究與據此提出改善作為的方向。

3. 多元性別族群的醫療與健康照顧服務

2007年，臺北市女性權益促進會出版「女同志健康手冊」一書，讓醫療人員能夠了解女同志健康需求與相關議題，並希望藉此書呼籲衛生主管機關在訂定醫療政策及醫療人員培育課程時，能夠意識到多元性別族群醫療需求的特殊性並將之納入，以建立一個對多元性別友善的醫療環境，保障女同志社群的醫療權益。

2013年，臺北市政府衛生局為了營造友善同志醫療環境，提昇醫療照顧人員對於同志照顧之性別意識及能夠更了解同志的醫療需求，編印與出版「LGBT同志友善醫療手冊」。手冊中特別針對同志朋友在臨床就醫時較容易產生敏感議題的科別，例如：精神科、泌尿科、婦產科、直腸肛門科，透過實際經驗分享與友善問診醫師對話，來讓醫療人員了解更為適切的同志友善問診方式，藉此提升同志醫療權益。

上述兩本關於同志健康或友善醫療手冊，是目前少數具有性別觀點的LGBT健康教育學習資源。事實上，中央政府可以加強結合地方政府、非政府組織（Non-Governmental Organization，以下簡稱NGO）或民間團體，致力發展更多元、多樣性的教育資源。例如，以女同志健康手冊來說，可以進一步發展老年女同志健康手冊、青少年女同志健康手冊，以及將同志家人與醫療機構管理者納入進來，針對不同對象研發教育媒材。

4. 推動健康促進與高齡友善醫院認證

近幾年來，衛福部持續推動健康促進醫院認證，認證標準之一要求醫療院所能注意到病人的社會及文化狀況，包含在病歷中能適切記載病人的社會及文化背景；在高齡友善健康照護機構認證方面，認證標準包括院內所有員工應接受關於年齡、性別與文化敏感性照護之基本訓練（含知識、態度

與技巧層面)。2016年11月全國有162家醫療院所獲得健康促進醫院國際網絡認證，242家機構通過高齡友善健康照護機構認證(159家醫院、37家衛生所、46家長期照護機構)。³

衛福部在健康促進與高齡友善醫院認證上的努力，值得肯定。未來如何將這些不同的認證標準整合在一起是可以強化的方向，例如，健康促進醫院的認證標準是否也應包含員工應接受關於年齡、性別與文化敏感性照護之基本訓練？健康促進醫院或高齡友善醫院是否也是設立女性整合性門診的醫院？而當性別主流化的重點在於性別，不再只把目標群體放在「婦女」身上，衛福部將輔導醫院設立女性整合性門診作為短中期的推動目標，那麼長期目標是什麼？進一步來說，健康促進醫院與高齡友善醫院並非是互斥的概念與實務運作，多元性別與交織性的概念如何融入其中及有系統的組織統整，一個性別友善的醫療院所應該是致力不同性別者，包含多元性別族群高齡者之健康促進醫院。

1-2 國外推動性別友善醫療環境之具體措施及效益

(一) 美國同志組織 Human Right Campaign⁴

Human Right Campaign，是美國著名的同志友善非政府組織，從2007年開始每年舉辦LGBT友善醫院評鑑，建置「健康照顧平等指標」(Healthcare Equality Index, HEI)作為評鑑醫院的工具，志在建立同志友善醫療環境，

³ 資料來源取自：衛福部2015年《性平綱領》之「健康、醫療與照顧」成果報告。

⁴ 本段資料取自：Healthcare Equality Index 2016: Promoting Equitable and Inclusive Care for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients and Their Families (HEI 2016)。

提供醫療機構與同志社群（包括 LGBT 病人、他們的親人與朋友）知道哪裡有平等與包容性照顧之醫療機構與設施，並將 HEI 作為友善同志醫療之參考工具和資源。

HEI 主要針對醫院與健康照顧機構中同志友善的制度性作為進行評鑑，透過核心與非核心評鑑指標將參與的醫療院所表現分級，給予表現優良的醫療機構認證，每年並出版 HEI 評鑑報告，如 HEI 2016，Healthcare Equality Index 2016：Promoting Equitable and Inclusive Care for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients and Their Families。底下之措施規範，主要針對「核心指標」與「非核心指標」來介紹，其中前四項為核心指標，後六項為非核心指標。

1. 措施規範

◎ 核心指標

- (1) 不歧視 LGBT 病患政策（Patient Non-Discrimination Policies）：醫療機構應訂定政策與法規，規範醫療人員與員工不應該對病患的性傾向與性別認同有所歧視。此項政策亦應展現出具體作為，如在醫院網頁、候診區、工作區、行政區等等區域及醫療環境內，張貼反對性傾向與性別認同歧視的標語、公告或海報；相關反對歧視 LGBT 病患的政策與標語，也應該出現在各種衛教文宣品、宣傳單、住院規則與說明、員工訓練手冊等等。
- (2) LGBT 探病政策（Visitation Policies）：LGBT 病患及他們的訪客應享有同等的探視權，且此探視權在各種臨床情境之中應受到保障，醫療院所也需要明確將同性伴侶關係定義於可自由探病的名單當中。同樣地，LGBT 的平等探病政策應該透過至少二種隨手可得的宣導方式（例

如：在病人候診區展示公告或宣傳海報）及至少一種使用文件的方式（例如：在病人登記住院時給予的說明文件）讓醫療人員、LGBT 病患和訪客獲悉。

(3) 不歧視 LGBT 之僱用政策（Employment Non-Discrimination Policies）或平等僱用機會政策（Equal Employment Opportunity Policy）：LGBT 或非傳統性別認同的員工往往害怕性身分、出櫃或非傳統性別展現影響到工作權。因此，不歧視 LGBT 之僱用政策保障員工不因性傾向與性別認同而受到歧視或不公平待遇，包括在約聘僱用、晉升、終止契約、失業賠償等等方面。

(4) 以 LGBT 病人為照顧中心之教育訓練（Training in the LGBT Patient-Centered Care）：針對主要的醫療人員進行以 LGBT 病人為照顧中心之教育訓練，並提供所有新進與現有員工有關 LGBT 之文化知能與健康照顧服務方面的資訊與技巧。這個指標強調與肯定教育訓練是政策得以成功的基礎，也是創造同志友善健康照顧環境的核心。

◎ 非核心指標

(5) LGBT 病人服務與支持（LGBT Patient Services and Support）：醫院是否支持 LGBT 病友形成互助團體或組織社團；制定降低健康差距的正式計畫，包括考量 LGBT 病人的種族、族群和語言等等。

(6) 跨性別病人服務與支持（Transgender Patient Services and Support）：跨性別病患應當受到合理、公平的對待與服務，避免受到各種歧視或限制。

(7) 病患性傾向和性別認同的自我揭露（Patient Self-Identification）：尊

重病人表達自己性傾向與性別認同的權利；在住院或問診互動中，當病人主動表達其性傾向或性別認同時，應主動展現善意。

- (8) 醫療決定 (Medical Decision-Making)：明確告知病人可指定一人作為自己的醫療決定代理人，包括同性伴侶。
- (9) 工作福利與政策 (Employment Benefits and Policies)：醫院同時提供員工配偶或伴侶享有同等的福利，如健康保險、使用設施。
- (10) LGBT 病人與社區社群連結 (LGBT Patient and Community Engagements)：醫療機構可以運用 HEI 所提供的社區組織或團體名單，介紹及鼓勵 LGBT 病人參與社區或社群活動，以擴大友善同志的環境與服務。

2. 執行成效

「健康照顧平等指標」的成效卓著、備受肯定。Human Right Campaign 在 2007 年開始推動 HEI 時，只有 78 間醫院參與。經過多年努力，近幾年來，加入 HEI 評鑑的醫療機構呈現大幅且跳躍性的成長。2016 年，美國共有 568 間醫院與健康照顧機構積極參與，496 間表現優良的醫療機構獲得「Leader in LGBT Healthcare Equality」之認證，2,060 間的醫療機構作出對 LGBT 平等與包容性健康照顧的承諾。從 2010 年至 2016 年，參與評鑑的醫療院所在採用 HEI 的前三項核心指標上，均有積極性的成長（參見圖 1-2）。從圖 1-2 中可以發現，參與 HEI 的醫療機構在性別友善政策上做出大幅的改善，從 2010 年只有 29% 的醫療機構有不歧視 LGBT 病患政策，到 2016 年已是 100% 的參與機構都建立了不歧視 LGBT 病患政策。

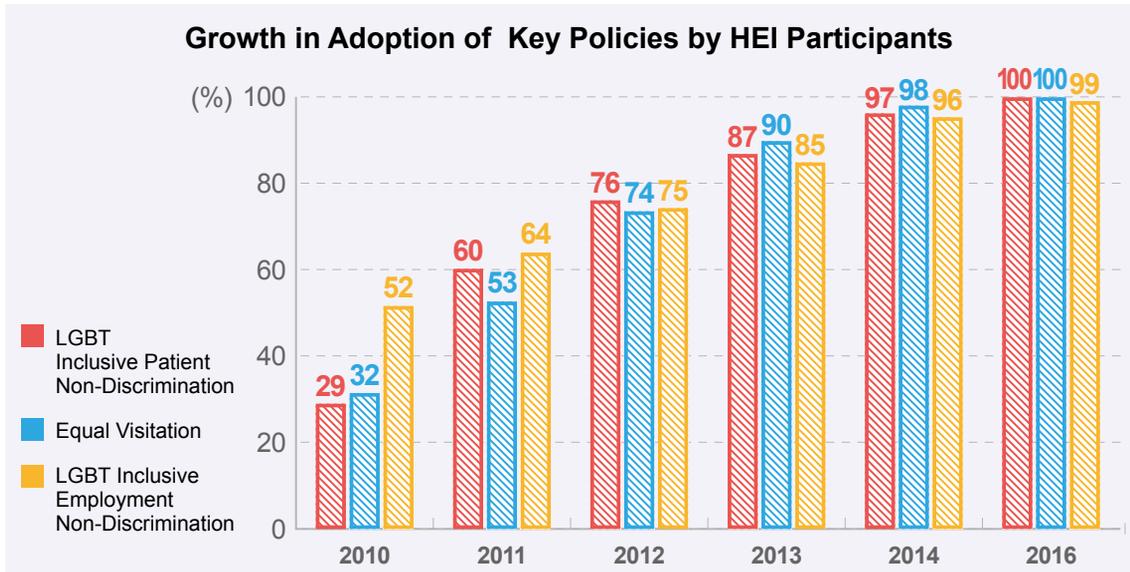


圖 1-2 2010-2016 年參與 HEI 醫療機構在應用核心指標的成長表現

資料來源：Healthcare Equality Index 2016：Promoting Equitable and Inclusive Care for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients and Their Families (HEI 2016)。

(二) 荷蘭 Radbound 大學 Nijmegen Medical Centre

荷蘭 Radbound 大學 Nijmegen Medical Centre 發現醫學教育對於性別議題關注度不足、基礎醫學課程中關於健康相關的性別差異存在著偏見，一些重大的公共健康議題也完全忽視性別，例如酒精濫用、性暴力、家庭暴力等。這些教育的代溝，很大一部份來自於醫生的態度及所學知識。因此，他們組織課程改革委員會，開始著手進行醫學教育課程的改革，希望改善醫學教育與醫學生性別盲⁵及性別健康不平等的現象 (Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2006)。此課程改革委員會所做的一些促進性別平等措施如下：

⁵ 意指一個人忽略性別的重要性，或是忽略性別的差異性，或是以自身經驗來合理化身為弱勢者的處境，卻未能看見其中的性別權力關係或結構性權力差距所帶來的問題。換言之，將男性經驗視為常規或常態，排除或扭曲女性經驗，漠視性別權力不平等的社會現實的現象，都可稱之為「性別盲」(行政院，2014)。

1. 措施規範

- (1) 發展檢測課程實踐性別議題的指標：為了規劃、設計與評估醫學教育課程的性別知識與內涵，課程改革委員會發展了一套檢測醫學教育課程中實踐性別議題的指標。指標內容除了強調將性與性別差異納入醫學教育的目標外，還包括：(a) 學生須認知和解釋性 / 別差異在不同情況下的表現。(b) 學生須認知並區別男性和女性間的生物醫學差異和社會文化差異。(c) 學生在醫學教育中須持續學習性 / 別差異課程。(d) 學生須接受六至八堂的性別必修課程，且需持續修習性別課程至少兩年。(e) 須提供可選修的性與性別，或文化 / 種族課程 (Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2006)。
- (2) 從課程與教學中融入性別議題：從教學中的語言（如：是否預設學生的性別總是男性）、課程內容與脈絡（男病人與女病人的病情呈現方式）納入性別議題，並且針對男女在生病經驗、社會經濟因素造成的性別健康不平等、男女治療的相異處、男女疾病診治差異以及男女在行為科學差異提出具體的課程改進建議（程慧娟，2008；Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005）。
- (3) 設計學習量表評估課程成果：為了瞭解課程改革的成效，課程改革委員會設計了醫學生性別覺知程度量表，來評估課程成果，量表評估的向度包括了三個面向：性別敏感度、對於他人的性別角色觀點以及對於醫師本身性別角色的察覺（程慧娟，2008）。
- (4) 邀請婦女研究專家參與：為使醫學教育改革過程中，充份掌握與融入性別觀點於課程之中，課程改革委員會邀請婦女研究方面的專家參與，這些專家在整合性別視野融入醫學課程設計中扮演十分重要的角色（Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005）。

2. 執行成效

荷蘭由 Radboud 大學 Nijmegen 醫學中心帶起，將性別觀點納入醫學教育的改革計畫，成為國家型計畫，並影響至全國的醫學中心。此外，荷蘭的八所醫學院根據 Nijmegen 醫學中心的性別課程計畫，推廣性別課程，經過層層努力，到 2002 年為止，三分之二的必修課程納入了性別議題，像是代謝課程、家庭醫學均納入了婚姻暴力、兒童虐待、性虐待等議題（程慧娟，2008；Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005；Verdonk, Benchop, Heas & Lagro-Janssen, 2008）。

整體來說，將性別納入基礎醫學課程帶來的幫助與貢獻是：

- (1) 醫學生們開始增加對於性別議題的認識與關注。
- (2) 醫學院學生透過性別課程得以認知及解釋性別差異，將性別觀點納入醫學思考範圍中，例如：思考更年期與青少年時期的性別議題、藥物治療、心血管疾病、避孕知識、性病知識、過度節食或肥胖議題、憂鬱或焦慮失調、性侵害或暴力、創傷症候群的溝通、性別與文化及相關健康照顧資源與治療議題。
- (3) 醫學生們思考醫學問題時會納入性別觀點思考，並認知到除了生物醫學影響外，也受社會文化差異而影響個體健康。
- (4) 醫學生們就學期間至少受到兩年的性別課程及相關研究訓練，在核心課程中也有二至四週的性別課程，提供學生們了解性別差異。
- (5) 參與課改方案人員的參與動機與性別意識提昇。
- (6) 對於性別融入課程內容而言，具體且直接可執行的內容調整方案被提出。

(7) 性別差異能適當轉化於病人的實際照顧中 (Lagro-Janssen, 2007; Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005)

(三) 加拿大 Cancer Care Ontario⁶

許多研究顯示加拿大的弱勢女性較少接受子宮頸癌篩檢，許多調查也顯示出低收入、低教育程度、說外語以及非加拿大出生的女性較少接受篩檢。全加拿大的移民有近半數在多倫多地區，而多倫多已是現今世界上數一數二多元族群的城市 (Lofters et al., 2007)。Cancer Care Ontario 位於加拿大多倫多醫院內，是加拿大安大略省的健康照顧機構之一，主要負責改善癌症服務，包括癌症預防、篩檢、治療、支持性照顧等等。基於多倫多地區女性，特別是初來者 (newcomers) 與移民婦女的篩檢率更低，於是 Cancer Care Ontario 在其網站的篩檢項目中特別設立「新移民與移民的篩檢資源」(Screening Resources for Newcomers and Immigrants) 專區，提供初來者及移民順利獲得癌症篩檢的相關資訊。

1. 措施規範

- (1) 讓女性自己說話：專區中放了四位不同種族的移民女性作為例子，請她們分別用自己母國的語言描述自己接受乳癌及子宮頸癌的篩檢經驗。讓醫療人員了解尊重病人的發言，及重視以病人為主體所述說的經驗。
- (2) 教導醫師與移民溝通：網站上提供醫師簡易的指示，讓醫師了解如何與移民女性溝通，包括這些移民婦女可能不熟悉的詞彙或用語，如：乳房 X 光攝影片、早期診斷、晚期診斷，協助醫療人員了解社會文化因素

⁶ 主要資料來源取自 https://www.cancercare.on.ca/toolbox/screening_newcomers。

可能影響這些移民女性對於身體與疾病的認知，建議可與病人討論的項目，及建議醫療人員以病人的發言為基礎，每次談話選擇一個討論主題及相關問題為主，不要企圖在短時間內涵蓋所有主題或問題。

- (3) 與翻譯人員合作：醫師或相關醫療人員與翻譯員合作，提前與翻譯員說明待會可能會發生什麼事，並告知需要溝通說明之處，確保翻譯員對於醫療人員將說到或可能提及的概念和詞彙感到熟悉與適應，例如，乳房、乳房手術、乳房切除手術、乳房 X 光攝影技術員等等。此外，教導與提醒醫療人員了解，在問診或與病人互動過程中需要適時停頓，以便於翻譯員翻譯。
- (4) 提供協助、資訊與多語資源：提供教育訓練手冊或相關指引等資源（如各式指南），幫助移民婦女評估、決定癌症篩檢，以及提供醫療人員輔助工具與資訊清單，例如，可以告知病人或諮詢者於何處獲得衛教單張、資料或出版品，像是「乳腺癌篩查資料」（Facts about breast cancer screening）和「乳癌篩檢」（Breast Cancer Screening—it's never this obvious）。這些資訊與文件提供 26 種語言翻譯與下載服務。

2. 執行成效

Cancer Care Ontario 透過篩檢計畫與「新移民與移民的篩檢資源」專區上的資訊與教育訓練，有效的將醫師、相關醫療人員與翻譯人員結合起來，幫助移民女性降低對於乳癌、子宮頸癌等癌症篩檢的恐懼、獲得癌症篩檢的相關資訊、接受相對應的檢查與治療，以及獲得符合其需求的健康照顧與服務。這個案例，也顯示出對於醫療人員與病人再教育的必要性與重要性，以及團隊合作、了解移民文化與提供移民母國語言之資源，對於改善篩檢率、癌症預防與癌症治療有深遠的影響。

(四) 非洲坦尚尼亞 Killimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) Hospital⁷

全球將近三分之二的盲人是女人和女孩。在許多地方，男人比女人擁有雙倍的眼睛照顧機會和管道。在中國、印度和非洲，3000 萬盲人中，2000 萬盲人是女性。其中 75% 的女性盲人，多為砂眼感染及睫毛倒插結果而導致眼盲。與男性相較，女性因睫毛倒插引起不適或傷害是男性的 1.8 倍，在所有睫毛倒插的病例中，女性病患佔了 70%。在非洲坦尚尼亞的一家醫學中心，Killimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) Hospital，從這樣的數據中發覺性別不平等現象，因而決定提出一個計畫來改變醫學中心的現行作法，以增進女性眼疾和失明的治療。

1. 措施規範

(1) 從統計資料發現問題：性別分列的統計資料 (sex-disaggregated data) 幫助 KCMC 醫療團隊看見性別與失明的關聯，以及認知到失明與其診治上，性別是一個重要議題。特別是，統計資料顯示性別是影響眼疾或失明患者在使用眼睛照顧醫療服務差異上的潛在原因。KCMC 醫院從性別統計資料發現，女性比男性獲得白內障手術的比率一直以來都偏低，而偏低的原因與當地重男輕女的文化有關。當一名女孩因眼疾而失明常被認為是天生的疾病，相反地，男孩得了眼疾則較有機會到醫院就醫。

(2) 運用性別敏感健康指標：KCMC 醫院的一群醫生結合起來，將上述相關

⁷ 資料來源：Lin, V & L'Ornage, H. (2010). Gender-sensitive indicators for healthcare. In E. Kuhlmann & E. Annandale (eds.), *The palgrave handbook of gender and healthcare*. New York: Palgrave Machillan.

的性別統計資料與結果發展成「性別敏感健康指標」(gender-sensitive health indicators)，參考性別敏感健康指標制定性別平等的醫療政策與發展策略，改善過去只關注男性健康的觀點及健康照顧的相關措施，轉變成共同關注男性與女性的健康。在眼疾與失明的健康照顧上，KCMC 醫院與醫生們提出性別平等使用眼睛照顧醫療服務及降低眼盲的改善策略，致力降低民眾使用醫療資源與服務的阻礙。

- (3) 結合指標進行性別分析：過去眼睛健康指標中無法歸因出為什麼女性（包括成人和女童）的眼盲率高於男性，然而當醫生具有性別敏感度時，可以發現男性較女性擁有較多機會進行眼疾手術或治療之潛在因素，如男性比女性有較多機會使用交通工具，當家中經濟能力不足以負擔手術費用時，男孩比女孩獲得較多的治療機會。而造成照顧機會的性別差距，皆來自於社會中對性別角色的區別與差異。因此，KCMC 醫院透過性別統計、性別分析與性別敏感健康指標來重新制定眼疾照顧與醫療政策，讓眼疾患者都能得到平等的醫療照顧，達成性別平等之目的。

2. 執行成效

KCMC 醫院建立社區與醫院之間的連結，包括：（1）具性別敏感度的教育宣導：在社區中，透過宣導教育增加民眾對於眼疾的認識、知識、醫療管道及照顧，包括改善治療眼睛疾病的接受程度，而不是將之視為天生疾病。（2）交通的連結與改善：讓各地民眾都能透過便利的交通得到完善的醫療，降低交通不便而導致無法使用醫療資源的問題。（3）提供手術費用協商與降低手術所需金錢，讓多數家庭得以負擔手術費用。（4）慰問眼疾病患，特別是老年女性，並與家庭成員協商增加眼疾手術的接受度，讓病患得到完善的治療。

KCMC 醫院在改變政策與策略後，當地許多眼疾患者得到治癒的機會，特別是女性的眼疾治癒有明顯提高，以及女性到醫療院所接受眼疾醫療服務的情況也大幅增加。這個計畫也使得坦尚尼亞成為非洲第一個把性別納入未來國家五年計畫（Vision 2020 Plan）之中。

（五）瑞典的「公平健康照顧中心」（Center for Equity in Health Care）⁸

瑞典的公平健康照顧中心位於哥德堡市，隸屬西約特蘭地區政府，中心聘有 15 位研究與教育人員，採用性別主流化策略，運用社會與生物跨領域的觀點，瞭解健康不平等與醫療照顧體系不公平現況與成因（包括醫療照顧機構內部男女工作權益不平等狀況、病人是否享有公平與平等服務等），目標是發展創新、創意的策略，以期改善健康不平等與醫療照顧資源不公平問題，提升醫療照顧服務品質。

1. 措施規範

- (1) 參與健康照顧執行與發展：目標是讓患者在每一個照顧層級都獲得優質、安全及公平的照顧。強調重視男女在健康照顧各方面的差異與特定需求，包括由生理性別、社會性別、年齡、種族、族群等各身份類別衍生帶來的公平照顧議題。例如：女性接受白內障手術的等待時間比男性較久，若醫療人員能關注到病人的需要與性別差異，不僅可以避免性別刻板印象及導致醫療照顧不平等的問題，更可以提升醫療照顧品質。
- (2) 提供行政部門專業支持：目標是將性別觀點融入醫療照顧的控制與管理

⁸ 本段資料摘錄自黃淑玲（2014）。瑞典的「公平照護中心」：整合性別醫學與多元文化觀點。醫療品質雜誌，8（6），100-105。

系統，提供民眾公平的照顧服務。中心的工作重點之一是檢視「全國健康服務品質紀錄」（National Quality Registers，記載民眾就診醫療品質與結果）等相關資料，進行性別統計與性別分析，瞭解民眾健康不平等與醫療資源分配不均的成因。

- (3) 研究與推廣教育：目標是瞭解健康不平等與醫療照顧資源分配的差異與原因；並以性別分析與研究結果說服專業團體（如醫師、護理師、醫療品質管理者），達成共識後，由專業團體草擬行動方案，進行改善。
- (4) 重視多元文化的醫療照顧：中心對於「性別分析」的運用，採取交織性觀點，強調性別與其他社會因素交互作用而產生多樣不平等，稱之為交織分析（intersectionality-analysis）。此中心強調凡是長期性的醫療照顧計畫都要進行性別交織分析，例如，分析各種疾病如肥胖、高血壓、心臟衰竭、精神病診斷等患者中，哪些因為性別與其他社會因素交互作用下（例如：年齡、種族、族群、職業）較容易罹病或病情惡化；郡議會設定全郡女性乳房 X 光攝影檢查達成率，中心工作人員檢視各類身份別的检查率，發現居住某區的新移民與少數族群女性的檢查比例低於標準，中心工作人員就會直接前往她們的聚會場所進行宣導。

2. 執行成效

瑞典的公平健康照顧中心強調長期性的醫療照顧計畫都要進行交織分析，以此建立醫學實務研究資料，進而以研究結果說服醫療相關人員，據此指認性別與社會文化真的對疾病與醫療品質有所影響，提供改善不公平醫療照顧的具體方案，建全平等、公平的醫療服務品質。公平健康照顧中心，目前已成為全球這方面的先驅機構。

1-3 策略思考與做法

(一) 積極發展和健全性別與醫療之教育、研究及資訊網

建構性別友善醫療環境，教育是相當重要的一環。其中，醫療人員的性別意識與培力教育，更是重要的根基。從國外經驗可以看出，教育、研究與資訊推廣成為三位一體、環環相扣的相互支持要素。

在臺灣醫學教育改革過程中，即使性別已進入大學醫學教育、PGY 及在職繼續教育之中，即使我們已有《性平綱領》、《消除對婦女一切形式歧視公約》（以下簡稱 CEDAW）及《性別平等教育法》，在這些政策、公約與法規之中明訂和保障各種性 / 別弱勢群體就醫的平等權益，將性傾向和性別認同納入了終止歧視與教育的範疇，以及強調積極推動性別友善之醫療與照顧環境，關注性別刻板印象造成之身心健康危害，破除性別盲，並加強醫療人員之性別敏感度與多元文化觀點，提供具性別敏感度之醫療保健服務與醫學（在職）教育及訓練。

然而，徒法不足以自行。性別觀點與知識如何與醫學教育相互融合，仍有待進一步的運作機制產生、政治支持、課程與教學改革、教育研究與教育推廣等等面向的發展。特別是，雖然醫學界開始努力改革醫學教育課程，但是大部份在學校養成教育過程中，性別課程仍處於邊緣地位及以選修課程為主，並未受到應有的重視，更少見有組織、系統的課程規劃。而 PGY 與醫學繼續教育的性別課程時數相當少，課程內容更是缺乏系統性的規劃與設計，在職進修人員的實質參與和學習成效，更是在立意良善與實務執行上出現極大落差。

以荷蘭的實踐經驗來看，醫學生在就學期間至少受到兩年的性別課程及相關研究訓練，在核心課程中也有二至四週的性別課程，提供學生們了解性別及學習

性別與醫療相關知識，最終能將性別知能適當地轉化於實際照顧病人的過程中（Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005）。從荷蘭經驗，我們看見將性別議題從學校基礎醫學教育做起所帶來的廣泛且直接有效的影響。醫療人員在學校的養成教育過程，即需開始學習及瞭解性別議題，而非只在實習或進入職場階段的在職教育中接受極為短暫時數的性別課程。尤其是，目前我們的性別與醫學教育相當缺乏系統性與統整性，相關師資與教材研發不足，這些都需要參考借鏡國外經驗來改善。

此外，根據文獻指出，性別議題難以進入醫學教育與醫療體系的原因，還包括缺乏實際應用的指南。在這方面，國外則發展出許多性別意識培力課程、手冊及指引。以加拿大為例，1997年加拿大的安大略省聯合其省內的六所醫學院共同成立了校際課程改進委員會，提出改善課程的理論架構指引；架構指引針對教材內容、教材語言與教學過程三方面提出建言（程慧娟，2008）。此外，加拿大還大量投資教師人力，設立「性別與健康」的教學網頁。又例如，世界衛生組織（World Health Organization，簡稱WHO）於1999年出版Health Impact Assessment Main Concepts and Suggested Approach手冊，以25種病例、醫生作為案例，說明從風險因子、病狀、診斷、治療到預後都有著男女生物性別的差異，並且進一步說明社會性別、年齡、階級、族群的文化因素都會影響病人的病情，以及醫護人員本身的性別也會影響到某些疾病的診斷。提醒醫療照顧體系由於性別盲及缺乏多元文化觀點，將導致錯誤診斷及對病人出現歧視行為（黃淑玲，2014）。Monash大學則在「性別與醫療：給醫學教育者的概念指引」（Gender and Medicine: a conceptual guide for medical educators），說明性別與醫療的重要性、性別主流化的概念和意義，並提供一些輔助辨識性別議題的簡單工具或指引（Nobelius & Wainer, 2004）。

綜觀國外經驗與案例，性別知能要廣泛在醫療場域扎根的方式是需要大量的課程及教育資源，包括實際應用指南、實務取向的案例，例如前述 Cancer Care Ontario 篩檢計畫與「新移民與移民篩檢資源」專區移民女性的醫療指引。藉由教育、研究及資訊網的建立與連結，提供豐富及多元面向的資訊、知識、教學網頁或資訊網。國際上有許多性別與健康網站，均可做為建構性別友善醫療環境的參考。國內亦可參考這些作法，透過補助，獎勵設置性別、醫療與健康照顧網站，並積極推廣應用。

(二) 擴展具性別觀點之健康指標、統計與分析

性別敏感的健康指標不是解決問題的答案，但具性別敏感度的健康指標往往可以指出問題的核心所在 (Beck, 1999)。以非洲坦尚尼亞 KCMC 醫院的眼疾照顧為例，他們從數據中發現男女眼疾治療的性別不平等現象，於是透過建立性別敏感的健康指標與性別分析，制訂政策與重新發展策略，改善當地女性眼疾的問題 (Lin & L'Orange, 2010)。換言之，倘若能夠有效運用性別統計與性別分析，發展與建立性別敏感的健康指標，並以此制定政策與策略，是可以改善醫療與健康照顧機會中的性別差距或性別不平等的問題。

Lin & L'Orange (2010) 指出，具性別敏感度的健康指標可以作為醫療決策者與使用者之間有效的溝通橋樑與監督系統。建立性別敏感健康指標，所要蒐集和分析的數據除了性別因素外，年齡、族群、社經地位等都會成為影響因素，如此性別分析得以做得更詳盡，並影響政策決定方向，以利整體社會皆能受惠。換言之，當我們談到性別統計、性別分析與性別敏感健康指標時，都意味與包含著「交織性」的概念。如同瑞典「公平健康照顧中心」對於性別分析採取的交織性觀點，在醫療與健康照顧政策、計畫、方案、活動等等的面向上不只是「性別分析」，更是「交織分析」，將性別與其他社會因素交互作用而產

生的多樣不平等納入分析之中，據此發現性別差異，並進一步發展相對應的政策、計畫與服務，回應與改善健康照顧中性別不平等的問題。

整體而言，根據相關文獻的討論，發展性別敏感的健康指標，需要考量的因素如下（Beck, 1999; Abdool & Vissandjee, 2001; Lin & Silburn, 2007; Lin & L'Orange, 2010）：

- (1) 數據 / 資料需具易使用性及易理解性，必須使用清楚的語言表達指標內容，同時指標語言也須考量到國家內不同種族 / 族群的語言，必要時有不同語言版本，如此一來可使性別敏感的健康指標拓展至全國醫療機構。
- (2) 數據 / 資料應具可靠性，指標也須註明清楚其時間效用作為可靠性根據。
- (3) 指標所設定之目標應具合理性及可及性評估，應了解概念性目標之困難為何，例如，以「性別平等」作為目標，因太抽象難給予具體定義及檢驗，故在設定目標時應以具體目標為主，如：女性在醫療照護的選擇時是否有更佳的选择。
- (4) 應蒐集國際的相關資料進行比較。
- (5) 資料或數據之間應從日常規範中進行比較，例如：在同一國家中男性的情況或在不同國家中女性的情況有何差別，其目的是將焦點放置於性別平等上而不是只關注於女性的身分。
- (6) 資料或數據除了受性別因素區別外，同時也會受年齡、國家、種族、族群或社經地位影響，因此必須擴展分析類別以作出完整的分析。
- (7) 數據 / 資料應考慮可行性、評估結果及影響，而非只專注於所輸入的數據 / 資料，例如：女性的教育程度以識字率測量會比登記入學率來的清楚；女性健康程度以女性死亡率測量也會比醫療取得率來的清楚。

(8) 性別敏感指標的發展，必須將性別的多元性納入考量與指標設計之中。例如：在女性的健康指標中，老年女性或青少年、兒童的健康指標應有所不同，女性之間的種種差異應該被重視與納入指標系統。

(三) 性別及文化敏感度之友善醫療服務

醫病溝通是醫療專業與健康照顧中，相當重要卻也充滿挑戰與困難的一環。原因之一在於，醫學本身是一種專業，醫病溝通除需能將專業知識適切傳達之外，往往還需結合對於性別議題的認識與具備文化敏感度，涉及一定程度的性別意識與跨文化知能。像是有些非傳統性別特質者、同志或跨性別者對於自己的身體有非常強烈的隱私感。在就醫時，若因檢查或相關需要而需暴露身體或讓醫護人員接觸身體時，會有不自在、害怕、抗拒或恐懼的情緒出現。醫療人員若無性別敏感度或對多元性別文化缺乏足夠認識，不僅可能對這些朋友造成二度傷害，也可能影響對他 / 她們的病情診治與治療（王紫茵、成令方，2012；Julie, 2006）。

因此，性別友善醫療與照顧環境該如何納入多元性傾向者的需求，提供非性別刻板印象的醫療保健服務呢？參考國際經驗與作法，我們可以發現在提供多元性傾向者友善醫療服務上，國外許多國家結合地方政府、NGO 組織、民間團體、醫學中心或醫院，針對不同的使用對象，如第一線醫療或健康照顧人員、LGBT 族群與家人、醫療政策制定者、機構管理者、醫生、教師等等，發展多樣性與豐富的教育資源、實務使用手冊或指引，參見表 1-1。

表 1-1 舉例國際間現有之性別友善醫療參考資料

出版機構	出版品名稱	年代	資料類型	資料來源
美國非政府組織國家健康教育中心 National LGBT Health Education Center	Ten Things : Creating Inclusive Health Care Environments for LGBT People	2015	手冊	http://www.lgbthealtheducation.org/publication/ten-things/
	Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People : Best Practices for Front-line Health Care Staff	2016	手冊	http://www.lgbthealtheducation.org/publication/
世界衛生組織 WHO	Gender Mainstreaming for Health Managers : A practical Approach 的 “Participant’s Notes” 及 “Facilitators’ Guide”	2011	手冊	http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/
同志醫學協會 Gay & Lesbian Medical Association	Guidelines for care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients : Creating a Welcome Clinical Environment	2014	手冊	http://www.outforhealth.org/files/all/glma_guidelines_providers.pdf

出版機構	出版品名稱	年代	資料類型	資料來源
澳州政府健康與老化部 Department of Health and Aging	National Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Aging and Aged Care Strategy	2012	報告書 / 手冊	http://www.acon.org.au/wp-content/uploads/2015/04/National-LGBTI-Ageing-and-Aged-Care-Strategy-2013.pdf
加拿大健康研究院 Canadian Institutes of Health Research	Learning about Sex and Gender		影片	http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/50003.html
馬里蘭大學醫學中心 University of Maryland Medical Center	Transgender Care		影片	http://umm.edu/programs/transgender-care

資料來源：作者自製

此外，以前述衛福部 2014 年《性平綱領》「健康、醫療與照顧篇」成果報告為例，在婦女乳癌及子宮頸癌篩檢率上只見統計數字及據以指出「未達預期目標」，但缺乏進一步的性別交織性分析，以及藉由性別分析了解篩檢率偏低或無法有效提升的具體原因。以加拿大經驗來說，我們看見 Cancer Care Ontario 從低篩檢率中發現新移民與移民女性的篩檢率更低，因而從提昇醫療人員、翻譯員與篩檢對象跨文化健康照顧知識與技巧、語言協助等多管齊下的方式，有效改善篩檢率及達到促進婦女健康的目的。

類似的作法也同樣在多元族群國家的瑞典。至 2011 年為止，有 15% 的瑞典人口並非於瑞典出生；在瑞典第二大城哥特堡的東北地區，每十萬人就有一半是非本國生，該區居民說的語言多達四十種（Olsson, Lau, Lifvergren & Chakhunashvili, 2014）。瑞典「平等健康中心」學者 Olsson 與研究團隊（2014）發現，非本國出生的女性參與乳房攝影篩檢及子宮頸癌篩檢的比例仍舊低於本國出生者。而比例偏低的原因，包括：不知道有健康預防服務、不明白篩檢的用意、不了解「癌症」這個名詞，或者害怕篩檢過程的尷尬、害怕被診斷癌症、宿命論的態度，或者不相信癌症可以治癒（這樣的態度或信念可能還有來自文化的影響）；或是語言的隔閡，例如，因為沒有翻譯人員幫忙解釋，所以根本不知道自己接受了什麼檢查、目的何在；或是其他具體及管理上的障礙，例如，相關資訊的翻譯根本不夠，儘管有，光從那些文字也很難真的了解。再者，Olsson 研究團隊指出，比起文字敘述，人際間口語訊息傳播對於鼓勵少數族群女性接受抹片檢查更為有效，特別是邀請與她們同樣文化背景的人參加，更有效益。於是 Olsson 研究團隊發起一個哥特堡東北區社區合作計畫，邀請當地社區的 Doulas（類似助產士、但並非官方認定的助產士）作為居中協助傳遞健康資訊與翻譯的角色，並且承擔起在婦女接受篩檢時幫忙照顧小孩的工作。

再者，Doulas 也有許多合作夥伴，如理髮店、水果攤、電腦店等，她們可以在店內張貼傳單或者偶爾對店裡的客人宣導，而獲得最多注目的是行動篩檢車。Doulas 認為行動篩檢車很成功，不過她們建議行動篩檢車應該可以停在更隱密的地方。人們很容易注意到篩檢車，因此會上前問問題，許多女人可能不是立即接受篩檢，但過幾天後會與朋友一起來（Olsson, Lau, Lifvergren & Chakhunashvili, 2014）。這個計畫成功的原因在於看見移民女性的需求，如語言與健康資訊的需求、托育服務的需求，篩檢地點可及性與適度隱密性的

需求。此外，從行動篩檢車的服務中也可以看出，健康照顧資源取得的可及性與交通便利性有時是與婦女托育需求交織在一起的。而這些國外經驗與作法，都值得我們在統計數據之外，更進一步了解數據背後原因，及提出改善作為之參考。

1-4 未來展望與結語

性別主流化強調任何活動（如：人才培育、計畫執行和督導、資源分配等）都要以性別觀點和性別平等目的為核心，希望能把不同性別者的觀點與經驗反應在政策與方案的設計、執行、監督與評估中，讓每個人都可均等受惠，促成性別權力結構性的改變，並由此帶動深層的組織變革，打造一個符合性別正義的社會（王儷靜，2010）。因此，若要促進性別友善的醫療環境與平等文化，落實「以教育方式消除性別歧視，促進性別地位之實質平等」是重要的第一步，也是需要持續不斷改革與精進的過程。再者，改善既有各階段的性別與醫學教育、增加相關教案、教材的發展和研究、開發教育資源手冊與建置教學網站，並在各種教育方式與管道，納入跨文化知能的健康照顧知識，以及反思檢視醫療資源分配與政策執行等等，都是亟需開展與必要的作為。換言之，性別友善醫療環境的推動與落實，亟需透過重建教育的手段、透過相關研究及資訊網的建立和推廣，方能逐步建置與達成。

其次，建構與完善性別友善醫療環境的層面既多且廣，因此，納入交織性概念落實保障多元性別族群就醫的平等權益，強化與提升性別友善醫療政策之實踐與效益是未來政策上可以更多著力之處。特別是，國內目前性別與健康議題散見於各部會之局處間，有必要開展更多的合作，包括善用性平處建立支援性結構與資源，藉以提升政策實踐與效益。再者，各類醫事人力性別比、增加促進醫療與健康照顧機構勞動就業之性別友善措施，將性別權益項目列為各項醫院評鑑必備而非獎勵或加分項目，也都是推動性別友善醫療環境上需要不斷強化與精進之面向。此外，美國同志

友善組織 Human Right Campaign 發展「健康照顧平等指標」(HEI)的作法，強調評鑑醫療機構的制度性作為來衡量其落實多元性別友善醫療環境的方式，著實值得臺灣借鏡。

第三，由性別分析逐步邁進交織分析，健康指標應顯現特殊群體的特質：為打造性別友善的醫療環境，性別統計、性別分析與性別指標都應該積極納入交織性觀點與在實務運作上加以實踐。例如，男性健康議題與健康照顧服務，需要重新注入性別觀點與交織分析的思考；各級醫療機構與院所的衛生或健康統計資料，包括性別統計項目，除了依照性別、年齡、族群、職業、地區等分列之外，如何將性傾向、種族、宗教等較為敏感的群體屬性納入，以確保醫療與健康政策能夠落實保障各種性別群體就醫的平等權益，是未來可以積極思考和討論的課題。

最後，性別主流化的重點在於性別，除了不再只把目標群體放在「婦女」身上外，未來性別主流化的策略可逐步將焦點由平等對待轉移至平等影響(equality of impact)(楊婉瑩，2004)。既有的性別友善醫療環境目標與政策內涵，強調給予不同性別者平等醫療權益與服務，展望未來，我們可以進一步思考如何在平等對待之外，是否能夠產生平等影響？或者，如何能夠在「積極性差異平等的對待」下，針對不同族群規劃出不同短中長期目標，在尊重並瞭解不同族群及多元文化之健康信念與健康狀態下，據此提供適切資訊和發展服務，這些亦都是未來可以努力的目標與方向。

■ 參考文獻

- 王志弘、張淑玫、魏慶嘉（譯）（1997）。設計的歧視：「男造」環境的女性主義批判。台北市：巨流。
- 王志嘉（2015）。醫療職場如何進行「性別與健康」案例討論教學。醫療品質雜誌，9（4），96-101。
- 王紫茵、成令方（2012）。同志友善醫療。臺灣醫學，16（3），295-301。
- 王儷靜（2010）。性別主流化在教育機構的實踐：我們可以做些什麼？城市發展，專刊，26-44。
- 成令方（2002）。醫「用」關係的知識與權力。臺灣社會學，3，11-71。
- 行政院（2014）。識讀性別平等與案例分析。台北市：行政院性別平等處。
- 行政院主計總處（2015）。性別圖像。台北市：行政院主計處。
- 行政院主計總處（2016）。性別圖像。台北市：行政院主計處。
- 李安妮（2011）。總論。載於婦女權益發展基金會（主編），性別平等政策綱領（頁9-27）。台北市：行政院性別平等處。
- 李佳燕（2008）。婦女親善醫療環境。性別平等教育季刊，43，51-54。
- 林靜佩、王秀紅、鍾信心（2007）。越南籍初產婦在臺灣對坐月子習俗的經驗。護理雜誌，52（2），47-53。
- 林靜儀（2008）。建立沒有性別敵意的醫療環境。性別平等教育季刊，43，43-46。
- 彭滄雯、李秉叡（2007）。比利時的性別主流化。臺灣國際研究季刊，3（4），111-134。
- 游美惠（2012）。性別友善的醫療環境與空間。載於楊幸真（主編），性別與護理（頁293-312）台北市：華杏。

游美惠 (2014)。性別教育小詞庫。台北市：巨流。

程慧娟 (2008)。他山之石：向荷、加、美、澳借鏡。性別平等教育季刊，43，62-68。

黃淑玲 (2014)。瑞典的「公平照護中心」：整合性別醫學與多元文化觀點。醫療品質雜誌，8 (6)，100-105。

楊婉瑩 (2004) 婦權會到性別平等委員會的轉變：一個國家女性主義的比較觀點分析。政治科學論叢，21，117-148。

衛漢庭、陳牧宏、顏文璋 (2015)。建構多元性別友善的醫療服務。護理雜誌，62 (1)，22-28。

簡文吟 (2014)。臺灣婦女權益調查報告與政策建議。國家科學委員會委託研究報告。台北市：聯合行銷研究股份有限公司。

Abdool, S., Vissandjee, B. (2001). *An inventory of conceptual frameworks and women's health indicators*. Montreal: Centre of Excellence for Women's Health.

Beck, T. (1999). *Using gender-sensitive indicators: A reference manual for governments and other stakeholders*. London: Commonwealth Secretariat.

Corner, L. (1999). Capacity building for gender mainstreaming in development. UNIFEM East and South East Asia. Retrieved June 30, 2016, from <http://www.unifemeseasia>

Julie, F. (2006). *Heterosexism in health and social care*. New York: Palgrave Macmillan.

Kulmann, E. & Annandale, E. (eds.) (2010). *The Palgrave handbook of gender and healthcare*. New York: Palgrave Macmillan

Lagro-Janssen, A. L. M. (2007). Sex, gender and health developments in research. *European Journal of Women's Studies*, 14(1), 9-20.

- Lin, V. & L'Orange, H. (2010). Gender-sensitive indicators for healthcare. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Eds.), *The palgrave handbook of gender and healthcare* (pp. 72-90). New York: Palgrave Macmillan.
- Lin, V. H., & Silburn, K. (2007). Gender-sensitive indicators: Uses and relevance. *International Journal of Public Health, 52*, 27-34.
- Lofters, A., Glazier, R. H., Agha, M. M., Creatore, M. I., & Moineddin, R. (2007). Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: A population-based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Preventive Medicine, 44* (2007), 536-542
- Nobelius, A. M., & Wainer, J. (2004). *Gender and Medicine: A conceptual guide for medical educators*. Traralgon Victoria: Monash University School of Rural Health.
- Olsson, E., Lau, M., Lifvergren, S., & Chakhunashvili, A. (2014). Community collaboration to increase foreign-born women's participation in a cervical cancer screening program in Sweden: A quality improvement project. *International Journal for Equity in Health, 13*, 62-72.
- Verdonk, P., Benschop, Y., Heas, J., & Largro-Janssen, A. (2008). Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education. *Medical Teacher, 30*, 194-201.
- Verdonk, P., Benschop, Y., Haes, H., Mans, L., & Largro-janssen, T. (2009). 'Should we turn this into a complete gender matters?' Gender mainstreaming in medical education. *Gender and Education, 21*(6), 703-709.
- Verdonk, P., Mans, L. J. L., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2005). Integrating gender into a basic medical curriculum. *Medical Education, 39*, 1118-1125.
- Verdonk, P., Mans, L. J. L., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2006). How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change. *Gender & Education, 18*(4), 399-412.

United Nations (1997). Report of the Economic and Social Council for 1997
United Nations General Assembly 52nd Session a/52/3. Retrieved May 12,
2016, from <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm>

第二章 醫療領域之性別分工與決策參與

高雄醫學大學性別研究所／成令方

2-1 前言：議題重要性與相關內涵

過去數十年來，臺灣醫療領域中的性別現象逐漸改變，社會文化脈絡的改變在其中扮演著不可或缺的角色，也促使相關性別分工與決策參與的議題更為重要，主要疾病型態的改變、男尊女卑文化的改善，以及醫療分工的專業化等因素都具有一定的影響。

（一）疾病型態的改變：

根據世界衛生組織 2008 年的資料統計，慢性非傳染性疾病（NCDs）已成為全球頭號殺手¹。在過去，主要疾病型態多半是急性或者傳染性的，故對於醫師的迅速診斷與醫療（cure）的需求相當迫切，例如霍亂、內外傷等；然而現在已開發國家（包括我國）的主要疾病型態均以慢性非傳染性疾病居多，雖然醫師提供的醫療服務依舊重要，護理人員提供照護（care）的重要性則日漸提升，甚至對於部分慢性病患來說，照護的需求更大於醫療本身。此外，營養師、藥師和心理諮商師等，也因為主要疾病型態改變而成為更被需要且重視的醫療專業者。

¹ World Health Organization，網址：<http://www.who.int/chp/en/>

在這樣的脈絡之下，雖然長期以來醫界一直以男性醫師居多，女性則多擔任護理人員或藥劑師等其他被視為「輔佐」的專業人員，然而當主要的疾病型態改變時，其他專業對於患者的幫助絕不亞於醫師的治療服務，醫療領域的性別分工與決策參與之性別現象必然也有所改變。

(二) 女性醫師與男性護理師的增加

過去臺灣社會中醫師多為男性，而護理人員則多為女性，在我們的經驗中，診所櫃檯給藥的人員也多半由女性擔任。這樣的分工現象有幾個主要原因，其一是因為近代生物醫學師承西方，西方直到 19 世紀才產生第一位女性醫師 Elizabeth Blackwell，在她之前雖尚有 1830 年代行醫的 Harriot Kesia Hunt，但 Hunt 因為當時重男輕女的社會氛圍只被允許至醫學大學旁聽，並不像 Elizabeth Blackwell 有機會接受正式醫學教育訓練，可見並非女性無法擔任醫師一職，而是社會文化遏止了女醫師的出現。更有甚者，中國、朝鮮與西方的古籍上很早就有關於「女醫」的記載，甚至將女醫師納入政府的正式制度當中，由歷史脈絡觀之，顯然醫師並非屬於男性的「天職」，而是因為種種時代變遷而產生的一種現象。

護理人員也是如此，早期西方護理工作並未被視為是女性的工作，Levine 與 Levine（1965）的研究發現早在羅馬帝國時期，男性就接受訓練以照顧受傷的戰士；Mericle（1983）也指出中世紀的男性同時擔任戰士與傷者或痲瘋病者的照顧者，是因為西元 1500 年後西方發生宗教改革，教會鼓勵女性擔任照顧者，才使男性離開照顧者的角色，也是護理被女性化現象的開端。故依照此一歷史變遷也可知，護理同樣不是女性的「天職」，早期甚至是男性負責的工作。

可見，醫護的性別分工並非天生，是因為男尊女卑、重男輕女等社會文化建立起來的。就臺灣的社會文化層面而論，早期在父系社會之下因為男人要繼承家業、女性則是「嫁出去的女兒，潑出去的水」，所以家中的資源多半會集中在兒子身上，由男孩子先受教育，女孩子則負責顧家而不容易獲得上學的機會，導致有機會獲取醫療知識學習的學生以男性為主，女性頂多接受訓練成為護理照顧人員或其他被視為「輔佐」的角色，這使得過去的醫療職場維持了傳統的性別分工現象。但現在男女受教育的機會越來越平等，也有越來越多女學生選擇進入原來男性為主的醫學領域。

依據中華民國醫師公會全國聯合會 2015 年度統計資料²的「執業醫師年齡暨性別統計」表顯示，總體醫師男女人數分別為 3 萬 6,171 和 8,021 人，男女比之差距高達 4.5 倍；各年齡層男醫師雖均多於女醫師之人數（除 25 與 26 歲外，筆者推敲可能係因多數男性仍須服義務役，導致開始執業時間延後所致），27 歲醫師之男女比為 1.67，28 歲醫師則為 1.79，相較於 28 至 30 歲醫師男女性別比將近或逾 2 倍，以及整體醫師男女比來說，顯然是相近許多，可發現男女醫師的人數落差持續縮小中。此外，隨著年齡的攀升，男女醫師比例的落差幾乎都是越來越大，雖然臺灣女性普遍平均餘命年齡較男性來得大，70 歲以上的女醫師卻始終只有個位數，不像男醫師還有近百人的人數。這當然可能是因為早期男性受教育較為普及，以及過去較少女性選擇自然組所致，但是也可能是因為家庭照顧和育兒責任下的抉擇，使得部分女性醫療人力流失。

近幾年，男性護理人員也有增加的趨勢，然而並不像女醫師的增加來得明顯，

² 中華民國醫師公會全國聯合會，網址：http://www.tma.tw/tma_stats_2015/2015_stats.pdf

依據統計資料顯示女男護理學生的比例仍相差非常多，女學生一般是男學生的近 20 倍。Ericksen (2007) 的研究發現社會對護理專業的高度性別化期待導致男性護理人力不易成長，臺灣 2009 年男性護理人員雖然提升至 1%，然而仍遠不及許多國家如西班牙 (18%)、德國 (16%) 等，甚至是亞洲如香港也比臺灣來得高上許多 (10.7%) (引自黃俊哲、郭英玲，2011)；駱俊宏等 (2011) 的研究也指出，社會對護理的性別意識型態 (gender ideology) 和性別角色期待 (expectation for gender role) 是男性追求護理專業自我實現的阻礙。

綜觀之，無論是女醫師或男護理人員的人數提升均有賴於社會文化的改變，唯有當社會對一職業的性別期待有所變革時，才能讓不分性別者都適才適性地選擇自己有興趣的合適專業，不受限於社會眼光。

(三) 醫療分工的專業化

隨著慢性病成為主要疾病，以及醫療專業分工越趨細緻，患者的康復不再由醫師一手包辦，除了護理人員擔當了重要的護理責任之外，諸如呼吸／物理／職能治療師、諮商／臨床心理師、營養師、藥師、醫事放射師等專業人員也更形重要，對於患者醫療服務逐漸由醫療團隊共同完成，是時代變遷下醫療領域的新現象。根據行政院性別平等會重要性別統計資料庫「104 年 - 各類醫事人員性別統計」³ 顯示，除了醫師以外的許多其他專業「師」都以女性比例較高，這主要是因為過去教育資源通常由男性獨佔，造成社會地位高的醫師大都以男

³ 行政院性別平等會，網址：https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=nBT88TUWFkuuUVpqGWj2ow%3d%3d&d=194q2o4%2botzoYO%2b8OAMYew%3d%3d。

性為主，而藥學、護理、心裡等過去被視為醫療專業中比較邊緣者，所以女性會比較容易進入所致。

傳統男尊女卑、男領導女順從的文化導致醫療領域以男醫師為主軸，也使醫療領域往往成為陽剛職場；長年來階層化的醫療體系也通常以醫師為首、護理人員為輔，但現在醫界開始推動跨領域合作的團隊分工，不再僅僅是由醫師單方面指示護理人員，理論上，護理人員也不該只是被動接受指示的角色，而是透過職務分工各司其職，護理人員亦有其專業需被尊重，醫護之間的差異不代表知識高低，而是擅長的知識與技術不同。醫護關係的改變不像以前以地位高低區分，雙方各有長短，互相搭配之下才能夠使醫療使用者擁有更佳的醫療處遇與就醫經驗及結果，例如醫師注重病理與疾病的變化等，護理人員則因為照護技術的培養及臨床長期接觸，可能更理解病患的個人需求等，兩者均不可或缺。加上疾病是多方面因素造成，所以需要跨領域治療，物理治療、職能治療等專業被重視，藥廠事業大幅發展之下，藥師地位也更受著重。凡此種種都顯示醫療分工專業化後團隊精神的重要，以及各專業必須在決策參與中扮演不同角色，有助於降低醫療領域性別化的分工與決策參與之情形。

(四) 小結

為探討醫療領域的性別分工與決策參與，本文特參考國、內外現行的性別平等及性別友善措施，探討這些政策帶來的效益，以及男女醫師或性別少數之醫師是否確實獲得更加友善的工作環境；其次，透過瞭解醫療領域中的性別分工，發現其中可能仍存在的性別面向議題，進而引導出相對應的策略制訂之思考，並探討創新作法實踐之可能；最後，透過性別較平等、性別友善環境營造較成功之國家或組織案例，尋求臺灣醫療領域可能的進步之道和方向，並期許醫療領域工作者更具有性別友善和平等之意識，達到性別主流化政策推動之良旨美

意，使醫療職場個人間具備性別平等之關係和氛圍，並藉此提供更友善之醫療服務。

附帶一提，從中華民國醫師公會全國聯合會 2015 年度統計資料可以發現，關於性別的統計仍相當稀少，只有「執業醫師年齡暨性別統計」、「近年會員身故年齡暨性別統計」以及醫學、牙醫等系所男女學生人數統計而已，從中無法探討更細緻的性別差異，如不同專科執業醫師的性別比、不同規模醫療職場的醫師性別比等等，這些都有助於理解醫療領域的性別分工，然而目前的統計資料結果卻只能看到粗略的臺灣醫師性別現況，建議未來在調查相關資訊時可以納入更多的性別面向，以利醫療領域性別主流化之發展與政策推動。

2-2 國內、外具體措施及效益

為了要改善醫療領域的性別分工以及男性佔決策參與多數之現象，我國已採取一些措施，期望透過法律規範與政策推動帶來改變，落實性別主流化的目標。其立意雖良好，但在實際執行面上仍有一些實務上的困境，而有賴參考國外既有且效益良好的具體措施。

(一) 教育與研究：

要改善醫療領域的性別分工現狀，首先要促進女性進入醫師職場，以及男性選擇護理和其他醫療相關專業，這部分當然要從教育著手。然而現在醫學系已經幾乎沒有性別門檻，女學生只要考得好也可以進入，其比例仍只佔醫學系的三分之一，顯然除了成績之外，有其他的性別化要素影響著女學生的選擇；護理學系的男學生雖也比過去略微增加，但幅度有限，顯然也需要其他教育措施來協助改善。

由前淡江大學教授吳嘉麗等人創辦的女科技人學會，常舉辦關於女科技人（包含醫療人員）培力之活動、訓練、工作坊或座談會等，例如「協辦 She 勢待發，女力崛起！2013 女性領袖培訓營」及其他夏令營等，其觸角更及於女童，例如舉辦「《築夢飛翔 我的世界宇宙大》女科技人繪本新書發表會」，企圖從小讓女孩們明白她們也可以成為女科技人；對於其他女科技人，則創設「女科技人生涯輔導（Mentor-Mentee）計畫」申請辦法，讓她們可以擁有典範及良師輔佐成長。學會同時資助國內優秀女科技人參與國際女科技人會議，如 Meeting of Asia & Pacific Women in Science & Technology（MAPWiST）、WE14（the Society of Women Engineers）+ICWES16（International Conference for Women in Engineering）等，希冀能透過他國培養女科技人之經驗提供我國參酌援用。此外，亦提供女科技人交流平台與相關資訊，如定期召開女科技人會議以及發行女科技人電子報。⁴

政府亦有類似的推行措施。根據外交部的資料，如 2016 年年中召開的第 30 屆國際女醫師協會大會（30. International Medical Women's International Association Congress 2016），其主要參加對象為女性醫師、心理學家、精神科醫師及護理照護人員等，會中討論的內容也包括「女性醫療人員未來的挑戰」和「醫療與性別」等議題，這些都有助於汲取他國之良好經驗與成果，並對照檢討我國女性醫療人員處境和思考創新對策。

不過由民間、學界或職場發起的組織仍需要更多支援，例如政府制訂更多政策來推動活動和文化，我國科技部長期推動性別與科技相關計畫與補助，試圖提倡女性進入科學領域並協助發展，例如「促進科技領域之性別研究與女性

⁴ 詳參閱 <http://twist.org.tw/>。

科技人才培育」的補助、「性別科技研究」的補助等，其中亦有針對醫學專門的補助，然而綜觀歷年的補助計畫內容，有些計畫仍未真正落實性別創新（gendered innovations）的精神，也不見得確實鼓勵足夠的生理女性醫學研究者，是比較可惜之處。

在歐洲有許多豐富的經驗可供我國參考。德國從 2001 年起，每年的 4 月間都會舉辦女孩日（Girl's Day）供少女和青少年（11 至 16 歲）參與，向她們「介紹特別在技術、科學、工藝及 IT 方面的活動」，以促進女孩們未來選擇相關科系的意願和勇氣，避免女孩侷限於社會性別規範和社會性別期待而只敢選擇文學、商學或藝術等領域；此外，各級教育學校也可以邀請更多女性醫療、科技人員進入校園分享個人成長經驗，可以對女學生起典範作用。德國不僅重視女學生的發展，同樣也希望男學生可以不受社會性別的影響來選擇學習項目，在舉辦女孩日的同時，也舉辦男孩日，藉以「在幼教、醫療與看護方面的專業領域，提供新的視角，擴大男生的職業選擇的範圍；並推行『男孩的新選擇』計劃」，使年輕男女都可以不限於社會性別角色而自由選擇喜歡的科系。這樣的做法在臺灣雖然偶有所見，卻不見政府大規模的推動，是可以效法的目標。

在歐洲，由政府發起、針對女性的補助計畫與典範推動，丹麥的經驗提供了作法。在 2013 到 2014 年，政府提供約新臺幣 4 億 5500 萬的資金，協助 17 名女科學家從事研究，藉以鼓勵更多女性投入此領域。丹麥也於 2011 年起開始「More Girls in Natural Sciences and Technology」計畫，有 78% 的女學生認為這個領航計畫使自己將來可能尋找自然科學或科技相關領域的工作。蘇格蘭的作法同樣值得參考，2014 年其投資 8 萬 5 千英鎊作為女性創業家資金（Scottish Framework and Action Plan for Women's Enterprise），同時起創了「女性企業大使」（Women's enterprise ambassadors）的制度，以傳承相關經驗。這些做法同樣也可以沿用於臺灣的醫療領域，倘若私立醫院

礙於政府不具完全管轄權而無法涉入，起碼公立醫院及公立學校可以先行採用類似的模式，在職場與校園內鼓勵女性學術人員、醫療工作人員和學生可以投入研究與經驗之傳承，建立成功典範。

(二) 職場：

臺灣目前已有一些法律規範和政策推動企圖建立性別友善的醫療職場，而這些措施應能有助於改善醫療領域性別分工與女性決策參與之情形。

1. 育嬰／產／家庭照顧等請假與哺集乳權益

我國性別工作平等法第 15 條有關於產假的權益規定，包括給予受僱者分娩前後的 8 週產假，以及流產給予時間較短的產假等，還有 5 日的有給產檢假和配偶生產時給予受僱者 5 日有給陪產假；同法第 16 條則有子女 3 歲前最長 2 年的育嬰留職停薪，及第 17 條的復職規定；加上第 19 條規定的減少工作時間 1 小時或調整工作時間之請求權；還有第 20 條的家庭照顧假（併入事假計算）；以及第 18 條規定給予哺（集）乳時間。算是規範得十分周全，但是實際效用如何？與他國法律比較又算是優渥嗎？

依據行政院主計總處 2013 年調查結果⁵顯示：我國已婚女性每日處理家務時間整體平均約為 4.22 小時，包含最費時的家事 2.41 小時，其次是照顧小孩 1.29 小時；就業女性處理家務時間，每日花費 3.41 小時，較非勞動力身分者之 5.27 小時少。由此可知，每天必須負擔過度服務人數的臺灣醫師，無論男女都很難達到這樣的操持家務水平，通常勢必要仰賴他人（如：

⁴ 行政院主計總處，網址：<https://www.dgbas.gov.tw/public/Attachment/531293127198HDYFK.pdf>。

父母、保母、幫傭或其他托兒與家事進行方式)來協助兼顧家庭與工作，這還算是因為薪資優渥而能找出解決之道；對比我國護病比過高的情形，護理人員不但沒有醫師的高薪可以延請他人來照顧家務，超時過勞的工作與不穩定的排班更阻擾她們處理家務的機會。

此外，實際上敢於請完所有產假與育嬰留職停薪的女性少之又少，更遑論男性。這和臺灣企業(包括醫院)慣於壓榨勞工、超高工時的社會文化密切相關，許多工作者礙於同僚的壓力必須早日返回職場，這反映了原本該職場的工作者人數不足的窘境。

像國內許多女醫師及女護理人員也提到，放產假或育嬰留職停薪會導致其他同科的醫師與護理人員原本就很辛苦的工作更為勞累，於是她們即便沒有升遷或考績的壓力，也不敢請假太久，怕被人閒話或遭人嫌惡，更怕造成他人額外的負擔。臺灣醫療職場長期為降低成本縮減人力，導致工作負擔過重而造成的惡果。此外，在政府不斷希望透過政策提振生育率的同時，其實醫師本身就是擁有高經濟能力可以負擔生、養育費用的族群之一，然而在高工作時數和缺乏友善職場環境的情況下，仍然難以生養更多子女；而護理人員本來就非常缺乏且離職率高，當她們無法兼顧生育與養育之責時，她們往往不像醫師一樣會選擇回到職場，畢竟她們的勞務所得很難額外負擔請人處理家務的開銷，且忙碌的工作根本無法兼顧家庭照顧，最後就導致復職率更低、護理人員更加過勞的惡性循環，也將危及我國醫療服務的品質。

2. 避免性別歧視之規定

性別工作平等法第二章專章規範工作待遇(如招募、甄試、進用、分發、配置、考績或陞遷)性別歧視之禁止，第三章專章明定性騷擾之禁止，這

些都是法律上明文規定的保障，對於醫療領域的專業人員也應適用。降低醫療職場女性工作人員受性騷擾的比例有助於提升女性的工作意願，使其工作待遇平等則很可能進一步影響醫療領域的決策參與情形，例如當越多女性可以接受公平的考績與升遷時，就更可能使她們晉升到決策地位，而改變男性主導決策參與的氛圍。

然而，有一些社會文化因素仍會影響這樣的法律發揮實際作用。例如，以女性照顧家庭為主的家庭性別分工，也可能反映在職場的性別分工，這往往導致女醫師選擇在診所而非大醫院工作，或者選擇較容易兼顧家庭的專科，避免外科等工作業務更為繁重的科別；相對的，也有一些醫院科別在人力編排較少的情況下，會不願意任用女性醫師，認為她們將來必定因為結婚生育導致暫時的人力空缺，使得女醫師在求職、選科時可能遭受男醫師所不會面臨的嚴格審視，女醫師自己也感受到這樣的同僚壓力，不少人表示生育後不敢休息太久，必須盡快回到職場工作，導致連哺乳的時間也幾乎沒有，更遑論照顧幼兒或妥善休息，這都是臺灣醫療職場性別極度不友善的象徵。此外，臺灣醫療職場的勞動現況也對女醫師不利，根據政策研究指標資料庫的統計⁶顯示，2013年臺灣每名醫師服務人數大約為500位，與歐美國家相比算是多的，換言之，這樣的醫病比例可能導致醫師工時過長，不利於兼顧工作與家庭責任，而首當其衝的自然是一般被認為應該負責家務與育兒的女醫師。這些因素都可能隱微地繞過法律規範，影響女醫師的工作待遇，使她們無法進入決策圈。

護理人員的高離職率主要並非源於法律未保障她們的權益所致，而是因為

⁶ 國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心，網址：<https://pride.stpi.narl.org.tw/topic2/downloadSource/4b1141ad499839690149a2b7dbe2019a>。

惡劣的執業環境，以及未被尊重的工作專業（黃曼瑩，2011），例如，成令方（2012）的研究就提到護理長往往會被醫師謾罵、侮辱的例子，雖然最後該醫師在主管辦公室內向護理長表示歉意，但這種「大街受辱、小巷摸頭」的情形卻在醫護之間屢見不鮮。

此外，護理人員更可能面臨性騷擾的困境。焦興鎧（2006）的文獻回顧指出，醫療院所性騷擾盛行率「普遍高於其他場所之同類事件」；Chuang SC 等（2009）的研究發現 57% 的護理人員曾經歷過被性騷擾，口頭的性騷擾行為最常見，佔 55.7%，然而非語言和肢體的性騷擾也佔了 40.1% 和 39%，且越資淺的護理人員越容易被性騷擾；陳祖輝（2005）則指出男病人、男醫師和病患家屬都是性騷擾的來源，顯然護理人員不僅要面臨過勞的工作任務，還要提防性別不友善的職場環境，這也可能成為她們高離職率和低復職率的原因之一。此外，蕭昭君（2012）也指出「風騷俏護士」和護理人員與色情的連結透過 AV 和各種廣告、戲劇、電影等散播給大眾，成為一種既定的文化印象，進而導致護理人員的專業不被重視和其受到的尊重降低。硬綁綁的法律條文是無法完全防範禁止的，必須透過更具性別敏感度和性別意識的政策與教育活動的推行，才能有機會改變既有的錯誤文化，不再將護理人員視為性化的客體。

對於這些情況，具體能改善女醫護人員處境的不僅僅是法律，更需要醫療領域文化的推動和性別敏感度的提升，醫護人員的性別平等教育固然重要，然而許多醫師都表示因為工作繁忙，對於教育訓練課程只是刷卡後就離開，或者根本沒有仔細聽課，顯然這樣的教育訓練課程還有改善的必要，必須有更多性別專長者投入和醫療人員一同研討出更適合醫療領域的課程；此外，這些性別平等教育也應該融入所有醫療相關科系的學業當中，使所有的醫療領域工作者都能及早接受正確的性別知識以及培養性別意識。

此外，針對女性醫療人員的培力活動也是必須的。例如西班牙提出培訓課程、諮詢服務及融資等政策，鼓勵女性參與並擔任企業管理幹部；比利時對其行政訓練學院（TIFA）開設之「管理領導訓練班」，學員要求性別比例必須達到均衡。由歐洲經驗可見，無論從硬性的法律規範到軟性的課程培育及金錢資助，在女性參與決策與管理人數未能達到理想之前提供保障名額等，都是醫療領域提升女性管理與決策人數可參考的方式。

3. 委員會組織最低性別比例的限制

性別工作平等法第 5 條第 1 項及第 2 項規定指出：「為審議、諮詢及促進性別工作平等事項，各級主管機關應設性別工作平等會」，以及「其中經勞工團體、女性團體推薦之委員各二人，女性委員人數應占全體委員人數二分之一以上。」這是為了使負責性別平等的委員會可以由更具有女性經驗之委員來參與審議各種事項。各醫院的性騷擾申訴評議委員會或者性別工作平等會也應有類似的規定，以避免委員會因為男性一般任職決策位置而獨由單一性別掌權。

然而，女性委員的參與固然重要，具備生理女性身份的醫師雖然可能因身份而有特屬於女性的社會經驗，從而提出有利於性別平等的建言，然而生理女性的身份並不代表她們具有性別敏感度或性別意識，也不代表她們必然能反映多數女性的意見，特別是在非常陽剛的醫療職場當中，當機構「透過崇尚陽剛特質、貶抑陰柔特質的過程，建構了有利於男性的陽剛組織文化」，女性往往會藉由管理性別（managing gender）來符合被崇尚的陽剛特質，以符合該職場對工作人員的性別氣質期待（莊玲如，成令方 2012），這可能使得有幸攀上決策位置的女性不必然會替女性發聲，而認為原本的陽剛文化是正常且應被維持的。故法律規定委員會或重要組織應

該有一定的女性成員比例固然重要，但組織中的性別文化也應該被重視。法律規定有其限制，不能認為這樣的具體措施必然能改善醫療領域的性別分工與決策參與現況。

2-3 引導策略思考與創新做法

除了法律規定、活動舉辦和政策推行等具體措施，醫療領域職場文化的改變也很重要。例如臺灣醫界過高的醫病比和護病比舉世聞名，這將使得無論男女醫療人員都處於過勞的工作情況，加上社會文化多半仍期待由女性擔任照顧家庭者，故當男女醫療人員結婚後，常是女性醫療人員離開職場，甚至因為各種因素不再復職，導致醫療領域的性別分工不當，和決策參與的女性比例大大失衡。在這當中建立性別平等的社會文化與工作氛圍乃是當務之急。唯有當傳統家庭性別分工的意識形態改變，社會眼光也鼓勵男性從事父職、投入家庭，且生育和養育不再是個人家庭的責任而是公共社會利益，才有可能釋放更多女性在職涯中大鳴大放，進而加入決策團隊中。另外，也很重要是所有醫療人員的勞動權益保障，除了未來計畫將醫師納入勞動基準法的創新之外，也需要更重視醫療過勞文化的改善，以及醫療人員不足的窘境，這些都不是單靠法律規定或舉辦一些活動就可以改善的，必須倚靠個人、組織、政府、醫療單位等共同建立共識，使性別平等的文化及勞動工作之權益可以被重視及推廣，才有可能改善根本的問題。

(一) 醫療人員權益之改善

臺灣護理人員離職率居高不下，而且人力缺口相當大，已經不是新聞。許多護理人員反映醫院的工作制度宛如血汗工廠，薪資又不高，加上慢性病逐漸成為國人罹病的主要趨勢，導致護理人員的工作負擔不斷增加，她／他們的權益也就更加應該被重視。例如，康健雜誌就報導，臺灣護理人員的平均年資僅 7.7

年，有執照的護理師只有 6 成，還有在臨床的現場工作，加班成為常態、護病比遠高於其他國家、許多護理人員遭受暴力攻擊，24 小時輪班照顧病人卻只領得到醫事人員中較低的薪資等等⁷。顯然冰凍三尺，非一日之寒。

醫師也面臨類似的問題，尤其對於過往的四大科來說，已經面臨「四大皆空」的人力缺乏窘境，工作時間過長、收入普通（相對於醫美而言），加上容易面臨訴訟糾紛，這些都是婦產科、內外科、骨科等面臨人力缺口的原因，而這些缺人的科別雖然可能因為求才若渴而接受更多女醫師，但也可能因為考量到女醫師日後生育與養育、暫別職場的可能性而選擇任用男醫師，這些都是因為醫師人力不足所導致的性別化問題。加上，女醫師自己也可能因為考慮到社會性別期待必須顧家，而選擇在診所而非大醫院或醫療中心工作，這不僅影響了整個醫療領域的性別分工，也導致女性在日後在參與決策時因階層體系中的位置較低，其決策權力影響的範圍也比較小。

對於醫療人員來說，過勞的工作狀況和過長的工作時間影響了她／他們的工作意願，也間接影響了整個醫療領域的性別概況，而醫療人員所需要的變革並非只著重女性的勞動權益，而是應該把整體醫療人員的工作權益納入考量。期待，近期通過的一休一例，經過摸索嘗試，終將為醫療人員帶來更好的勞動條件。

其實臺灣的醫護人員已經算是任勞任怨、犧牲良多，像英國醫師為了抗議政府提出的法案，敢於發動三階段的罷工進行抗爭⁸，雖然是較為激進的作法，但

⁷ 康健雜誌，網址：<http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5066418>。

⁸ 轉角國際，網址：http://global.udn.com/global_vision/story/8662/1460052。

是在政府或醫院照顧勞工權益的前提下，罷工抗議往往是勢在必行的自救舉動。臺灣醫師目前還不受到勞動基準法的保護，但護理人員則可利用勞動基準法。罷工是醫護人員未來監督工作的雇主醫院或政府可行的應對方式之一，但目前採這樣的行動的可能性不大。

醫療人員中，還有性別少數的 LGBT（女同志、男同志、雙性戀、跨性別），他／她們的人數約佔 10%。若工作單位有歧視他／她們的工作安排與文化氛圍，往往會讓這些人力流失，或因人際關係的磨擦與衝突，耗損工作單位的能量。在醫療院所中推動性別平等的教育，一定要看到 LGBT 工作人員的需求，更何況病患中也有很多 LGBT。要維持良好的醫病關係，醫療人員也必須要有對 LGBT 次文化的理解與認知。

（二）家庭／工作平衡之文化推動

根據國內研究指出，女性職涯中斷的原因往往是因為生育與照顧等責任纏身，在無法兼顧家庭與工作的情況下所做出的選擇。這牽涉到我國父權社會文化下男主外、女主內的家庭性別分工，導致在面臨育兒或持家責任時往往由妻子擔任，同時也可能牽涉到薪資的性別不平等，因同工不同酬使得男性被認為較適合擔任養家者的角色；此外，不易申請到稀少的公共托育名額，考慮在昂貴的私人托育服務與妻子暫時離開工作崗位之間的選擇，年輕夫妻往往是選擇後者。

雖然近年來臺灣雙薪家庭的比例持續攀升，但當子女年幼時，仍有不少婦女選擇暫停職場工作，到子女就學後再次回歸就業市場，例如人力銀行調查就顯示：「（2015 年）女性參與勞動比率 50.7%，就女性而言，25 到 29 歲的是高峰就業期，高達 8 成 8，這年紀大多都是未婚女性，而在 30 歲之後，勞動參與

率則逐漸下滑，專家分析，婚後的生育照顧影響就業成了重要因素。」⁹（而根據其他人力銀行調查也發現：「銀行主管指出，員工進職場要經過層層訓練，好不容易獨當一面，卻因家庭因素被迫離開，企業得再找新員工再訓練，要付出無形人事成本，如果工作時間更有彈性，讓員工有所選擇，也算是留才的一種制度。」¹⁰

這些現象可提供給醫療院所經營者思考，因為一名醫療人員的養成與銀行員工或工程師一樣需要長期訓練，且多出了實習的過程，所耗費的成本可能更高，加上國內許多專科醫師和護理師都嚴重短缺，若能創造彈性工時的機會給予想要兼顧家庭的醫師與護理人員們，將可能使得更多人選擇生育後返回職場，創造多贏的局面。同時，也應建議醫院和診所提供兼任的職缺，召回退休離職的醫護人員，讓他們的豐富經驗還可以有所貢獻。

鼓勵父親實行親職是重要的文化推動重點。瑞典就透過一連串的法律規定來促使雙親都參與親職，除了兼顧她／他們的育兒心願，也照顧到了最實際的經濟來源，同時使婦女的勞動參與率可以提升（瑞典的男女勞動參與率十分相近，男 67.8%、女 63.5%；平均生育子女數在 2012 年也達到 1.94 個，在歐盟高居第三）。以下提供一些可參酌的瑞典法規：

1. 減時工作權

的法律規定，在孩子 18 歲之前，父母可以要求減少每天工時的 25%，以

⁹ TVBS 新聞，網址：<http://news.tvbs.com.tw/life/678762>。

¹⁰ 蘋果日報，網址：<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/finance/20160815/37347759/>。

每日 8 小時的工作時數為例，即可以每日只工作 6 小時，薪資也依比例減少，而且是父母雙方都可以行使，不限於一方。這種作法對於高工時的醫師來說尤其受用，比給醫師們育兒津貼來得實際許多，畢竟醫師本身就有不錯的經濟收入，育兒津貼只是錦上添花，並不能真正達成其渴望陪伴孩子成長的心願。

2. 產假平等獎金（Jämställdhetsbonus）

瑞典相當注重性別平等，為鼓勵父母平均地分配產假，瑞典政府提供津貼，當父母雙方均休假超過 90 日，而總共 480 天的生育假父母越平等分配的話，所獲得的津貼就越多，主要是鼓勵父親也能夠參與育兒、善盡父職。當然對於單親家庭來說，這樣的作法可能不夠公平，這是臺灣之後如果要增訂相關規範時可以審酌之處，畢竟臺灣的離婚率也不低，應該提供各種形式家庭更公平的育兒協助與補貼。這一點對於醫師—尤其女醫師和女護理人員來說是十分友善的作法，因為一般男醫師普遍有「醫師娘」的協助操持家務，而女醫療人員若能獲得另一半願意善盡父職的合作，就可以更多地在職涯上發展，也可能更有機會升遷、進入決策參與的位置。

3. 父母臨時休假津貼

在孩子 18 歲之前，瑞典父母還可以享有因為照顧或陪伴生病孩子的休假津貼，每一年中，瑞典父母都可以最高獲得 120 日的父母臨時休假津貼。這個概念在臺灣還算是很新穎，因為臺灣的性別工作平等法雖然規定父母可以有家庭照顧假，卻比照事假的方式，且一年不能超過 7 日，且在勞動權益低落的社會壓力之下，敢真正使用這種假的父母更是少之又少，可見這是幾近敷衍的一種安慰性立法。

瑞典的作法不僅慷慨給予許多假日供雙親陪伴子女成長，也兼顧了其可能

擔心因請假入不敷出的窘境。對於習慣「盡可能使用」勞工的臺灣老闆來說可能會引起很大的反彈，但有鑑於瑞典這些福利都是來自於政府單位社會福利保障局，則臺灣政府或許也可以考慮提高稅收（可以漸進方式避免反彈）以促進福利推動。至於企業家們可能需要實踐其社會責任，認同勞工應有時間育兒，以期使國家未來不至於邁向高齡化社會而缺乏國際競爭力。唯有當工作環境對於育兒越來越友善時，才可能使更多臺灣男女樂意生育孩子。像臺灣現在就有學校老師疾呼，幼童在校施打疫苗時，應該給家長一日假期陪同，以避免孩童出現不適症狀時造成糾紛¹¹，顯然這樣的放假與津貼確實有其需求，而在有津貼補助的情況下，家長也不至於因為請假會少一天薪水而不願意離開工作崗位。

綜觀之，政府單位由制度層面改善醫療人員（或整體勞工）無法兼顧家庭與工作之普遍現象，仍是不可或缺且無可推諉的責任。這方面尚可以參考瑞典的範例，其生育友善政策還包括了1974年通過並於1989年延長至15個月的親職假，放假時仍可領9成薪資，父母不用擔心經濟匱乏而提早上工；在2003年申請親職假的有高達43%為男性，顯然這樣的做法是有其實際效益的。

（三）由醫療人員自行監督的性別平等落實

在男女醫療人員參與決策的部分，醫界往往因為習慣的醫學教育以生理性別二分，故傾向僅認為男女之間平等、女醫師人數提升等就可以符合性別主流化。然而依據劉仲冬（2005）的見解指出，性別主流化所關懷的範圍並非僅限於女性所處的弱勢處境，而是「不同性別的人在各個領域、所有決策，是否得到

¹¹ 公視新聞網，網址：<http://news.pts.org.tw/article/338005>。

公平對待？是否有發聲及參與機會？」¹²，換言之，當一般醫療領域中多數決策者為男性，女性與 LGBT 多元性別者是否在決策中獲得公平對待？是否有發生和參與的機會？是必須被關懷的問題，也是實踐性別主流化不可或缺的元素。

當社會文化一時無法產生劇變時，由硬性的法律規定著手往往是不可避免的先決步驟，例如，我國也是在性別平等教育法和性別工作平等法通過後，才逐漸營造起性別友善、反性別歧視的社會氛圍，有鑑於此，政府單位若欲落實醫療領域的性別平等，實應考慮延請性別與法律專家共同討論並制訂法規，以期獲得更高的效益。

例如，丹麥於 2012 年起新立法通過國營企業必須設定目標增加女性的管理職位比例之法規，同時也以政策規定大型公司（超過 1,100 人者）必須有一定的女性比例擔任董事及管理階層主管，但效果不如預期。丹麥工會遂建議將各大公司執行之成效公布於網站，以利大眾共同督促。臺灣雖有許多私人醫院不一定能透過相同的方式受到法律規範，但至少公立醫院可以先實施相關法規，俾起帶頭作用，同時醫事人員超過一定人數之醫院，或許也可先行納入規範，以期造成文化衝擊與改變。加上臺灣網路使用發達，丹麥工會所提出的數據透明化作法，或許是公民監督性別平等落實於醫療領域的良策。當然，臺灣的醫療相關專業團體，目前還很少有類似「工會」爭取權益的性質。

(四) 育兒責任由個人義務轉變為公共責任

我國生育率連年來持續低迷，許多父母礙於無人照顧、經濟匱乏或不信任社會

¹² 自由電子報，網址：<http://old.ltn.com.tw/2005/new/sep/11/today-o7.htm>。

能提供支持等原因選擇不生育或減少生育。主要原因之一乃是臺灣的育兒責任主要由個別家庭（父母或祖父母）承擔，公共托育的提供一位難求，私人托育又過於昂貴所致。

國內目前已有育嬰友善職場文化落實的實例，例如，新竹馬偕醫院於 2015 年 4 月設立了竹苗地區第一家由醫療機構附設的托嬰中心，根據新聞報導指出，「也是全國第一間有兒科醫師巡診的托嬰中心」，這是充分結合了醫療領域的專長與生育友善的政策，更是促進醫療領域工作環境友善的重要成功措施，因為實際數據可看見「新竹馬偕醫院院長李宏昌指出，他四年前剛到新竹馬偕醫院就任時，院內有 150 位同仁子女小於 2 歲，當中有 82 位正在請育嬰留職停薪，自從托嬰中心設立後，院內女性醫護人員的離職率從 18% 降至 3%，並有更多醫護人員願意在產假期滿就重返職場，大幅減少留職停薪的比率」¹³，顯然這樣的作法大幅地減輕了醫護人員做為父母的育兒重擔，而使她／他們可以兼顧職涯，也使得醫院的人力負擔大為降低，是可供參循的典範。尤其對於護理人員來說，因為薪資不高導致無法如醫師一樣聘請保母來育兒，公共托育更形重要，對於護理人力吃緊的 9 成以上國內醫院來說，推動托育以留住人才，其實是很實惠的作法。

另外在實際的經濟面向，可參考挪威政府的作法，其補助婦女從發現懷孕第一天開始到生產完畢的所有醫療費用，這對於許多因為經濟拮据不敢生育的臺灣家庭來說，應該也不無小補；挪威又再加上生育之後 47 週的全薪育嬰留職停薪，應該可以讓許多醫療人員在能留住工作又保有經濟收入的情況下，樂意生育更多的子女，促進我國生育率的提升。

¹³ 東森新聞雲，網址：<http://www.ettoday.net/news/20161003/786449.htm>。

（五）醫療團隊分工之專業尊重

醫療團隊當中的不同人員其實應依其專業受到平等的尊重，然而在臺灣這樣的做法鮮少被落實。例如在醫院中，當颱風來襲時，醫師往往會指示護理人員準備備用之糧食、負責颱風災後之清潔工作，以及要求護理人員擔任颱風期間的防止漏水工作等，這些都可以看出醫師對於護理專業仍不夠尊重。徐畢卿（2012）的著作也提到，護理人員即便擁有專科護理師的執照，仍常不能獲得對其獨立專業性的尊重，患者與家屬常將瑣事認定是護理人員的責任，例如電視、馬桶或電燈故障等狀況都是找護理人員處理，忽視護理人員的實際職責並不在此。

臺灣醫療界的護病比相當高，這已經廣為人知，絕大多數的護理人員都已經呈現過勞的狀態，而醫師卻仍指示其去進行不屬於專業範疇的業務，顯然這樣的狀況應被改善。誠然醫療與護理本有不同的分工，然而在醫療案例的決策參與上，其實不少年輕的醫師也表示資深護理師的意見對其甚有幫助，顯然經驗與資歷也會影響醫護人員的判斷能力；即便醫師工作多年，個人終究有其侷限，團隊的意見交流仍舊重要，每個分工環節都是不可或缺的，故建立平等的團隊氛圍將相當有助於改善醫療領域的性別分工與決策參與現況。

其次，就醫民眾與其家屬也往往不夠尊重護理人員，譬如許多家屬會要求護理人員負責更換患者的尿布或替患者清除穢物，這些都不是護理人員所受專業訓練的目的，然而卻常因護理人員為女性，而社會文化又習慣將女性視為照顧者，進而認為護理人員應該負起所有照顧病人的責任，卻忘了護理人員的專長並非如此，使護理人員的處境雪上加霜。這也是政府與醫院可以進一步勸導民眾改變觀念的重要部分，政府並可推動政策督責醫院明訂責任分工，以避免護理人員常面臨專業不受尊重之窘境。

有鑑於此，Sirota（2007）提出如何改善醫護關係漸趨平等的幾個策略，如培力護理師（empowering nurse），即鼓勵護理師不斷學習並提升專業能力、在職進修和研究等，以期提升自身技術與知識；其次醫院組織可以訂定法規以促成性別平等的工作環境，防止醫師因自覺地位較高而使用語言或行為上的暴力，並強調醫療團隊互助合作之精神；同時醫院也可以針對醫護人員進行訓練與教育，使其提升情境溝通之能力，俾利於處理個別議題與案例。徐畢卿（2012）也主張，尊重護理人員重要而獨佔的專業知識、透過內部（學會與公會）承認和外部（證書與執照）認證，使護理人員具有執業時的自主權，並且肯認其具備專業、尊重其專業人員之義務，並且透過社會大眾的理解與認可來提升護理人員的專業形象與認同。然而，社會大眾不可能自然達成這樣的目標，故政府與醫療單位透過具體措施投入政策宣導，改變醫療領域文化，是當務之急。

挪威的醫療團隊互助方式或可做為參考。根據調查，挪威有 80% 的母親對於政府提供的懷孕醫療服務感到十分滿意。這樣的醫療服務主要是由家庭醫師、助產士和產科醫師共同組成¹⁴，挪威的助產士由於經過 5 年的學校教育和 2 年醫院實習，其訓練紮實嚴謹堪比擬我國醫師，故可以承擔高達 8 成的挪威生育案件，唯有事前或產時發生生產困難的產婦才會由產科醫師負責接生與後續觀察追蹤。有鑑於我國婦產科面臨醫師荒，這樣的做法，可以提醒臺灣已經有助產士專業訓練的大學與研究所，若在法令方面有所鬆綁，允許擁有護理與助產雙執照的人員，可以進行助產工作，其實可以彌補醫師不足的窘境，也可以提升產婦的生產經驗品質。因為很多的研究都指出，其實對健康的產婦來說，助產士協助的生育是更友善而滿意的。在臺灣，或許也可以改善高剖腹產率 and

¹⁴ 世界公民島雜誌，網址：http://www.wisland.cc/Main.php?stat=a_zwf22ht&mid=97。

高剪會陰率的過度醫療化現象。這樣由多方專業分工所組成的醫療團隊，是臺灣醫療領域可以參考的作法，不僅可以提升除了醫師以外的醫療人員之專業認同，也能正向地使團隊中每個角色發揮其功效，並提供更好的醫療服務。

2-4 未來展望與結語

臺灣有越來越多的女性加入醫療領域的行列，過去的醫療性別分工傾向於男醫師、女護士／藥師等，但現在有越來越多的女性醫師與男性的非醫師醫事人員，加上隨著知識增進而分工更趨專業的醫療工作人員多元化，可以想見整個醫療團隊的性別平等必須被更加重視和推動。特別是 LGBT 的醫療人員的工作平等權也要在很多細節上多關注。這樣的改變誠然並不容易，但是要從不同面向改變，法律、教育、文化推動等上述已提及的方式都可供參考。

對於臺灣醫療人員來說，無論男女或 LGBT 都需要能夠兼顧家庭與工作的政策和措施，使得她／他們可以無須中斷職涯（或至少不必暫停太久）而同時育兒與照顧家庭，這些方法可能包括留職留薪的產假與育嬰留職停薪，醫療院所也應該設置良好的托育場所，使所有醫療人員都可以享有價格不高卻有保障的育兒服務。在這樣的脈絡之下，護理人員不一定要選擇離職才能夠兼顧家庭；部分專科不用礙於女性可能會生育而不願意任用她們，也能讓女醫師更有機會發展職業生涯與升遷，進入決策核心，根據自身經驗制訂更多友善於育兒的政策；相對來說，隨著越來越多的男醫師也渴望投入家庭與經營親子關係，這些政策與措施不該獨厚女性，因為那樣也是一種性別不平等，同時會讓男性無法善盡父職，也不利於家庭性別分工模式的重新塑造，所以這些措施與政策在實施時都應該考慮育兒者（無論男女）的實用性與便利性，並且將臺灣常見的單親家庭也納入考量之中，以照顧各種類型的多元家庭。當家庭性別分工重塑，有可能也引導出職場的性別分工改變，因為女性可以花更多時間投入工作，也就更有機會展開事業版圖、踏入更高階層的職務。

此外，女醫療人員人數的提升仍是必要之務，尤其是人數偏少的女醫師。當一個職場仍以男性為多數時，通常女性的聲音還是較難被聽見，因此在各級學校中舉辦鼓勵女學生投入醫療領域活動是必須的，藉以提升女學生對於醫療領域的興趣和勇氣；同時也要推行一些資助女醫療人員進修、培訓或研究的計畫，使更多女性醫療者可以被看見以作為年輕女性的楷模和典範。

性別與性傾向少數的醫療人員（LGBT）同樣需要被重視，提振性別友善的職場環境是必要之務，加強醫療人員所受的性別平等教育，並且避免以死板課程傳授的方式進行（因為許多醫師表示時間繁忙，通常是到場打卡就離開），要以醫療人員有興趣且可行的方式來傳遞性別教育與知識，這方面有賴政府研請更多性別教育和醫療人員共同組成的專家團體來一齊研發協商出更多有效的課程。

最後，由於醫療人員多半工作繁忙，如何讓她／他們之中的意見被確實反映以讓立法者制訂出更合適且有用的政策與法規，是政府單位目前可以思考的第一步，唯有當更多醫療工作者的心聲被聽見，才有可能使醫療領域更趨性別平等和友善，創造更愉快的工作環境。

■ 參考文獻

成令方 (2012) , 勞動的天使, 受損的權益。載於楊幸真主編, 性別與護理, 頁 216-237, 台北: 華杏出版社。

徐畢卿 (2012) 。新一代南丁格爾與護理認同。載於楊幸真主編, 性別與護理, 頁 216-237, 台北: 華杏出版社。

莊玲如、成令方 (2012) 。管理性別: 陽剛職場中的女檢察官。女學學誌, 30:137-186。

陳祖輝 (2005) 。女性護理人員職場性騷擾經驗與因應態度之初探研究。警專學報, 3(6), 153-80.

焦興鎧 (2006) 。醫療院所性騷擾問題之預防與處理。取自 <http://www2.tku.edu.tw/~tfst/067FST/book/067article2.pdf>。

黃俊哲, & 郭英玲. (2011). 男性護理人員執業發展現況之探討. 護理雜誌, 58(6), 90-95.

黃曼瑩 (2011) 。棄血汗創磁力醫護大串連祈醫護病三贏, 中時健康。取自: <http://health.chinatimes.com/contents.aspx?cid=5,68&id=13408>

劉仲冬 (2005) 。女性的人口政策, 自由時報。取自 <http://old.ltn.com.tw/2005/new/sep/11/today-o7.htm>

蕭昭君 (2012) 。性別權力與職場性騷擾。載於楊幸真主編, 性別與護理, 頁 216-237, 台北: 華杏出版社。

駱俊宏、陳勝皇、傅網妹 (2011) 。性別角色期待的枷鎖: 擺盪於「性別」與「專業」之間的男性護理人員, 醫療品質雜誌, 5 (4) , 16-19。

Chuang, S. C., Lin, H. M., & Pan, F. C. (2009). A Survey on Nurses Suffered by Sexual Harassment in Hospital. 寶建醫護與管理雜誌, 7(2), 10-17.

Levine, E. B. & Levine M. E. (1965). Hippocrates, fathers of nursing too? *American Journal of Nursing*, 65(12), 86-89.

Mericle, B. P. (1983) The male as a psychiatric nurse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 21(11), 28-34.

Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships: improving or not?. *Nursing2015*, 37(1), 52-56.

第三章 精神健康與性別

高雄市阮綜合醫院身心內科醫師／林奕萱

衛生福利部金門醫院精神科醫師／徐志雲

台北榮民總醫院精神部兒童青少年精神科暨陽明大學醫學系醫師／陳牧宏

台大醫院雲林分院精神醫學部醫師／黃偉烈

河堤診所醫師／黃璨瑜

台北市立關渡醫院精神科、台北榮民總醫院精神科醫師／劉弘仁

臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區、臺北市立聯合醫院昆明防治中心醫師／衛漢庭

高雄醫學大學醫學系暨附設醫院精神科醫師／顏如佑

高雄醫學大學醫學系暨附設醫院精神科醫師／顏正芳

3-1 前言：談精神健康時，必須重視性別和性別 / 性傾向少數

(一) 精神健康中的性和性別議題，俯拾即是

「我之前因為胸悶、喘不過氣、全身不舒服而去看某個醫師，他竟然說我是查某人病，其實根本沒病，是自己胡思亂想引起的，氣得我向他的醫院投訴這醫生沒醫德。」門診中某位合併焦慮症和憂鬱症、且症狀會受到經期而影響波動的女性抱怨。

「醫生啊，你診所只有你一個男醫生，你請假出國我就頭痛，我那些和太太『在一起』的困擾，不好意思跟代診的女醫生講啊！」性功能受到雙相情緒障礙症鬱期症狀和治療藥物副作用雙重影響的男性如此抱怨。

「我國中開始發現自己好像喜歡的是同性，一直覺得很擔心，到了高中終於鼓起勇氣到精神科掛號，可是那個精神科醫師直接就說我喜歡同性是不對的、要克制自己那種想法，只要多和女生接觸就會回到正常。我有照他說的去試過，可是還是沒辦法改變啊。」因為自己的同性性傾向不被醫療和社會環境接受而長期壓抑、憂鬱、甚至因而自殺的二十歲年輕男性哭訴。

「醫生你問我為什麼憂鬱那麼久都沒去看精神科？醫生你可以自己去試試看：在診間外等候時，護士喊你很男性化的名字，卻看到一個打扮是女生、但還看得出生理是男生的人回應走過來，那種嚇一跳又排斥的眼神，看你還想不想來醫院看醫生！」正在經歷性別重置過程的男跨女年輕人這麼說。

以上都是精神科門診實際發生的狀況，醫病之間的溝通困難具有類似核心：醫療人員對於性別和性 / 性別少數缺乏足夠的覺察、理解、溝通和協助的知識和能力，甚至缺乏基本的協助動機所致，亦即對於性別和性 / 性別少數直接或間接導致的困擾，缺乏有效協助個案解決問題所需的能力，概稱為「性別勝任能力（gender competence）」。連醫療人員都缺乏對於精神健康議題中的性別勝任能力，更可推測：一般公務人員對此會更加陌生。

（二）重視性別和性傾向議題，是全世界的潮流

1979年聯合國通過了「消除對女性一切形式歧視公約」（The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women，簡稱CEDAW），臺灣雖非聯合國會員，但在民國100年通過CEDAW施行法，

將女性人權公約國內法化，並於同年年底頒訂「性別平等政策綱領」，作為推動性別平等的依據。它的基本精神是來自對「性別平等是保障社會公平正義的核心價值」、「女性權益的提升是促進性別平等的首要任務」、以及「性別主流化是實現施政以人為本的有效途徑」三大理念的堅持。在處理源自性別刻板印象所產生校園和職場中性別不平等事件、或源自偏頗宗教觀念所產生對於性 / 性別少數族群的傷害事件時，政府即依據此綱領行動，因而不致失去方向。「性別平等政策綱領」中有相當多和醫療有關的主題，例如「健康、醫療與照顧」中就主張「積極推動性別友善之醫療與照顧環境，發展評核指標與策略，避免過度醫療化，關注性別刻板印象造成之身心健康危害，破除疾病之性別盲，提供具性別敏感度之醫療保健服務」。

(三)「性別意識進階教材：精神健康與性別」想談些什麼？

無論是精神疾病表現、診斷、病因、治療，皆可能存在性別差異，或是性別少數和性傾向少數族群的精神健康議題。然而，政府機關常缺乏將性別納入政策和服務的能力，因而許多公務機關工作人員仍可能帶著社會中對於性別、性 / 性別少數的刻板印象、甚至是偏見在執行工作，不僅無法提供具有性別敏感和獨特性的服務，有時甚至對於性 / 性別少數族群造成傷害。

為了提升公務人員的性別勝任能力，在健康、醫療與照顧領域中發揮最佳能力，本文包括「認識精神健康中的性別」和「認識性別和性傾向少數族群精神健康需求」兩大領域，協助讀者增進了解，以利增加性別敏感度和勝任能力，協助更多有需要的民眾。

3-2 認識精神健康中的性別

(一) 不只是「個人資料 (personal data)」：性 / 別的多樣性

身份證的性別欄只有兩種選擇：男 / 女，但其實性與性別的複雜性遠超過如此。在此首先援引美國兒童與青少年精神醫學會 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP) 在 2012 年所發佈的《男女同志、雙性戀者、性別不符常規和不一致者的照顧原則 (*Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents*) 》為基礎，加上臺灣現況補充，以做初步的名詞介紹：

1. 生理性別 (sex)

依解剖學上的性器官分為男性與女性。雖然經常是二元劃分，但性發展疾患 (disorders of sex development) 亦會導致間性 (intersex) 的狀態。Intersex 在中文世界有「陰陽人 / 雙性人 / 間性人」等多種翻譯，指的是生理性別無法明確歸類於男性或女性的人。一個陰陽人可能擁有雙性的特徵、或者缺乏被定義為某一性別所必須有的生理特徵。在過去甚至現在，許多間性人會被誤歸類為變性者，例如 1955 年臺灣首例施行變性手術的個案謝尖順，即被認為其實是一位間性人、而非男跨女（事實上，世界首例變性手術 Lili Elbe 亦是如此）。臺灣對於間性人的討論極少，目前全國唯一的間性人團體是由「國際陰陽人組織中文版」（<http://www.oii.tw/>）的創辦人丘愛芝所主持。

2. 社會性別 (gender)

指社會上對於一個人是男性或女性的觀感。Gender 翻譯為社會性別相對繁

冗，實際上多以「性別」直接稱之，以和「性」（sex）做出區分。而性別的分布也應該被理解為一道光譜，畢竟歸類男性或女性的社會觀感從來就不是穩定的二元論，而下述的性別角色行為亦同。

3. 性別角色行為（gender role behavior）

依各種活動、興趣、象徵能力、作風、以及個人或社會屬性，區分為陽剛（masculine）或陰柔（feminine）的行為。性別角色行為也是光譜般的分布，有人像是陳松勇一般陽剛、也有人像是林志玲一般陰柔。但要注意的是，性別角色行為不只是光譜性的、也是流動性的，並非一生不變。甚至一個人在同一時刻，也可能同時呈現出既陽剛又陰柔的形象，而這也是某些心理學者所提倡的雙性化（androgyny）心理素質。

4. 性別認同（gender identity）

個人對於自己是男性或女性的覺察。通常與個人的生理與社會性別一致，自三歲即已發展，並且終生保持穩定，但仍有少數人會發生變化。

5. 性傾向（sexual orientation）

個人對於何種性別的人會感到性吸引（erotically attracted），其中包含多種面向，如性幻想、生理反應、性行為、性認同、社會角色等，大致可分為：

- (1) 同性戀（homosexual）者：指對於同性感到性吸引的人，英語世界中稱男同性戀為 gay，女同性戀為 gay 或 lesbian。臺灣則常聽到將女同性戀稱為「拉子」（即 lesbian 的諧音）。
- (2) 異性戀（heterosexual）者：指對異性感到性吸引的人。

(3) 雙性戀 (bisexual) 者：指對於同性或異性都可能感到性吸引的人。臺灣常簡稱為 Bi，例如臺灣雙性戀團體「Bi the Way」（又稱「拜坊」）。

6. 性少數 (sexual minority)

此處定義為同性戀與雙性戀者，對應到臺灣社會中常用的語言，狹義的「同志」指的即是同性戀與雙性戀等性少數。

7. 性偏見 (sexual prejudice)

意指對於同性戀者的偏見，舊稱「同性戀恐懼」(homophobia) 或「恐同」，嚴格來說恐同並非恐懼、而是敵意，因此恐同一詞並不精確，但在口語當中仍常使用。

8. 內化的性偏見 (internalized sexual prejudice)

口語稱為「內化的恐同」，指同性戀者本身接收了反同性戀的態度而發生自我厭惡的情況。

9. 異性戀主義 (heterosexism)

個人或社會預設異性戀比其他性傾向來得更好。如此預設有時難以明確覺察，但實例眾多，最常聽到的例子之一如：「婚姻是專屬於一男一女的神聖結合，同性戀者的婚姻不是基本人權」。

10. 性別不一致 (gender discordance)

指生理性別與社會性別不一致。常見名詞和意涵如下：

- (1) 跨性別 (transgender) 者：性別認同與生理性別不一致者。
- (2) 變性者 (transsexuals)：跨性別者經由穿著打扮、賀爾蒙治療、變性手術等方式，讓自己的生理 / 社會性別與自己的性別認同趨於一致。此

方式亦稱為「性別重置」（sex reassignment）。但國內外亦越來越多學者或醫師稱之為「性別還原」，指讓個案還原成自己認同的性別。

11. 性別少數（gender minority）

指性別不順常規及性別不一致的人。「性別少數」加上前述所提的「性少數」則大致對應到廣義的「同志」族群，亦即泛指 LGBT（lesbian, gay, bisexual, transgender）。

（二）精神健康中性別議題的起源

在呼籲醫學需要重視性別議題時，有人開玩笑地說：「如果眼科醫師也需要重視性別嗎？眼睛還有分性別嗎？」筆者對於眼科學並未深了解，不過從存在日常生活中的性別議題來看，性別也可能影響眼睛功能的表現，例如傳統社會賦予女性縫補衣服的責任，那麼女性是否比男性更容易在視力退化歷程中，感受到功能的退化呢？由此可知：性別議題存在各醫學領域之中。

那麼精神健康呢？作為生物和社會心理共同運作的醫學範疇，精神健康的性別議題自然更為豐富和複雜，以下簡單依據三個方向來進行介紹：

1. 由於生殖運作機制的差異所導致精神健康發展差異

有許多精神健康議題和女性生殖運作時間和事件息息相關，過去較被精神醫學界知曉的是月經各週期和更年期前後的精神健康狀況起伏變化。過去社會大眾對此醫學議題不理解，常常只從女性在經期變化歷程的外顯情緒和行為變化來指稱一個人的狀態，因而導致「她大姨媽來了，脾氣不好，別惹她」這般表淺的指稱和互動，甚至將女性在生命週期中經歷多樣化且沉重的內外壓力（例如先生疏離、子女離家）所帶來的身心困頓，全簡化歸因到「她就更年期來了啊，能怎樣？」，而未能提供女性所需的協助。

精神疾病診斷修訂歷程中逐漸注意到此被輕忽的議題，舉經期前情緒低落症（premenstrual dysphoric disorder）為例，在第四版修訂版美國精神醫學會所頒布的精神疾病診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. text revision; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000）中列於輕型憂鬱症（minor depressive disorder）中非正式的研究診斷之一，到第五版（DSM-5）中正式列為憂鬱症之診斷之一（APA, 2013），這並非如批評人士所說「將人的生命歷程疾病化」，而是提醒大家重視女性在經期中的精神健康。

但除了月經各週期和更年期前後的精神健康，還有許多與生殖運作的時間和事件相關的精神健康議題未被深入了解，包括：服用賀爾蒙以避孕、懷孕、產後、哺乳或斷奶、人工流產、流產、治療不孕症、子宮切除（hysterectomy）等，亟需精神醫療人員評估和協助的精神及健康議題（Freeman et al., 2004; Oinonen & Mazmanian, 2002）。研究發現：服用賀爾蒙以進行避孕，對於先前已有憂鬱症或經期前情緒低落症的女性會進一步產生情緒調節困難的副作用（Oinonen & Mazmanian, 2002）。又例如女性在經歷人工流產、流產、治療不孕症、子宮切除等事件，皆可能有精神健康困擾需要協助（Burt & Stein, 2008）。女性在懷孕期間和生產後皆經歷重大的生理改變，出現情緒等精神困擾的機會增加，尤其在懷孕期間的用藥有諸多需要精神專業考量（Burt & Stein, 2008）。

2. 生理機制的性別差異影響精神健康困擾的表現和治療反應

由於精神疾病是以中樞神經為主的生理機制失調所造成，如果生理機制上具有性別差異，自然會影響精神疾病的表現和治療反應（Burt & Stein,

2008)。舉思覺失調症為例，患者的腦部神經解剖和功能上就具有性別差異，例如有研究發現：女性患者的語言中樞功能保留比男性患者完整（Goldstein et al., 2002）；治療方面，可能由於雌激素（estrogen）具有的抗多巴胺作用，若干研究發現女性患者所需抗精神藥物的劑量低於男性患者（Seeman, 2004），且女性在月經週期的低雌激素期（Bergmann et al., 2002）和停經時，思覺失調症症狀可能惡化（Seeman, 1986）；而抗精神藥物導致泌乳激素過高、進而造成雌激素過低，但因性別差異而有不同的表現：在女性可能造成不孕和骨質密度降低，男性則為男性女乳症（Seeman, 2004）。

再以憂鬱症為例，過去研究發現：壓力調適的生理機制上具有性別差異，例如下視丘 - 腦下垂體 - 腎上腺軸功能的失調就有性別差異（Stroud et al., 2002），所以憂鬱症盛行率的性別差異與此有部分關連。此外，有研究認為女性罹患憂鬱症的遺傳高於男性（Kendler et al., 2006）。躁鬱症方面，有研究認為：女性比男性患者有較高比例出現第二型躁鬱症、合併有甲狀腺病、併發創傷後壓力症候群等（Baldassano et al., 2005）；在治療藥物方面，治療躁鬱症常使用的 valproate，有研究認為它在女性患者會造成卵巢多發性囊腫症候群（polycystic ovary syndrome）（McIntyre et al., 2003），這是獨特異於男性的作用。

3. 影響精神健康困擾的社會文化成因和求醫行為，具有性別差異

在不同文化背景的社會中，對於不同性別的人會有不同對待和要求，因而極可能影響精神健康困擾的生成、表現和求醫行為，所以在 DSM 診斷系統中強調必須重視：相同的精神疾病診斷，可能在不同社會文化背景、不同性別下有所差異（APA, 2013）。例如若所身處的社會壓抑女性的就學和

工作機會、社會地位、政治權力、交友和婚姻自由度，將會直接造成生理壓力反應，增加精神疾病生成之危險。也有研究認為：可能因社會期待所致，女性較易因人際互動關係困難而情緒憂鬱，而男性則較易因工作壓力而情緒憂鬱（Kendler et al., 2001）。社會文化也可能導致症狀表現上的性別差異，例如有研究發現：許多社會文化或社會常態會贊同女性表達焦慮感受、但希望男性減少表達焦慮（Fincham et al., 2008）。同時，在對於女性權益不予重視甚至壓迫的環境中，女性至精神醫療單位就醫的權利自然被削弱，可能導致女性發展出以身體化症狀來傳達精神健康困擾。

4. 結語

以上粗略區分生理性別和社會文化環境因素對於精神健康困擾形成、症狀表現、治療反應上的性別差異影響，但其實生理和社會文化環境是相互影響的，對於精神健康的性別差異絕非獨立進行。希望藉由上述初步的介紹，提醒讀者在面對有精神健康困擾的民眾時，具有正確和充分的性別概念，以順利與民眾建立關係、澄清病史和症狀、提供有效的協助。

（三）人類從兒童期開始的性別和性別認同發展

1. 性別認同需要經過發展的歷程

兒童早期發展包含動作、語言、認知、人際社會、情緒、道德等層面，在這些發展層面中，有一個獨特的歷程，就是性別認同的發展。性別認同做為兒童早期發展的特徵之一，有幾個特質，首先，對於「自己是男性或女性的覺察感受」，這無疑可能是人類最具情感成分的發展向度；其次，性別認同是人類的生物特質、生存環境與社會文化的複雜綜合作用的產物，因為其複雜度，所以早期的研究不容易進行，也就產生許多誤解，欲以性別認同來對話也有困難，例如 1981 年時臺灣首例的變性手術，媒體報導

仍然以奇觀軼聞來處理，未能就性別認同議題深入探討。隨著研究的累積與觀念的進展，直到最近 20 年間，「性別多樣化」（dimensionality and diversity of gender identity）的概念登場，才使得性別認同的議題能夠聚焦。

2. 兒童性別發展是生物、環境與社會文化因素互動的結果

兒童性別發展的研究基礎可以追溯到 19 世紀晚期以降至 1970 年代中期，現今性別發展的科學文獻的起源是在 1920 年代的教育心理學研究，當時著重於性別差異的比較；接下來就是精神分析理論、認知發展理論、生物決定論、建構論、社會學習理論等流派對於性別發展的探究，這些探究雖然分歧，也不盡然正確，不過至今在了解性別發展上仍有其意義；近期的重大轉折就是女性主義的介入。

現今我們已知性別發展開始於極早的時期，它甚至可以追溯到母親懷孕的時期。例如，即使基因上的性別在受精時已定（我們知道人類基本上，XY 染色體是生理男性，XX 染色體是生理女性），胎兒在母體內仍然開始其性別認同發展之旅。有些研究指出由於受到性激素的影響，嬰兒剛出生時，性別的傾向已經隱然形成，例如：越來越多的證據顯示，胎兒在母體內所接受的雄激素會強化其後的男性化活動，像是孩童時期對玩具的喜好，甚至影響成人時期的職業選擇。

除了生物因素在早期就發揮巨大的影響之外，環境與社會文化的因素也在胎兒時期開始參與進來，最極端的例子，就如在我們的文化中，胎兒在尚未受精時就已經身肩家族期待，最常是被期待為男性；一旦懷孕，因為現代的醫學發展，已經可以提早以超音波確定胎兒的生理性別，接下來父母親所準備的衣物、為孩子所取的暱稱，又或者我們不時可以見到如此景象：

懷孕的母親指著自己的肚子對著老大說，「這是你的妹妹喔」。所以，即使胎兒尚無法認識到自己的性別，但是這一切已經開啟了胎兒最原初的性別和性別發展。

出生後進入襁褓時期，那麼「一個未滿週歲的嬰兒能夠了解性別嗎？」確實有研究回答了這個問題：令人驚訝的是，大約 6 個月大的嬰兒就已經可以藉由臉部及聲音來區分眼前大人的性別了，這種區辨能力雖然尚未具有日後的性別自我意識的概念與情感成分，但是基本的雛形已經可見。

接下來就一般的發展歷程來看，在 1 歲至 2 歲間，幼兒逐漸能夠理解男女兩性的外觀差異，然後在 3 歲之前，幼兒就能說出自己是女生或男生，也能區分哪些是女生／男生的玩具，到了 4 歲至 5 歲左右，許多孩子的性別認同就逐漸趨於穩定，大約在 6 歲至 7 歲，孩童能夠理解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 6-12 歲的學齡兒童尤其明顯，如果觀察或與國小的學童對談，會發現在這個時期，他們特別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。一般而言，大約 70% 的時間，學齡兒童會與同性別的同伴在一起，剩下的時間則多數是參與混合性別的團體，只有極少的時間是與異性同伴成群。

3. 性別認同是光譜般的表現

如果一個生理性別為女生，性別認同卻傾向男生的學齡兒童，就很有可能經常與一群男生同伴在一起，玩著追逐打鬧的遊戲。現今研究已經逐漸理解，在早期幼兒及兒童的性別認同發展過程中，並非男性／女性兩極而已，

而是呈現像光譜般的表現，例如有些男生就是不喜歡傳統上較陽剛的活動，而有些女生則更喜歡自己具有的男性特質，另外有些人會持續認為自己是中性或不明確的性別，成長的歷程中孩童還會有各種不同走向的發展。所以，如果只採取約定俗成的男性／女性二分法，就會很難全面理解孩子的性別發展。所謂「光譜般的多樣化性別認同」，指的是在男性 / 女性兩個極端之間，還有各種不同性別認同的覺察，然而即便是以光譜的角度來看待性別認同，孩童的性別認同仍然會隨著發展的腳步演變，其中當然有許多人在光譜上的位置是固定的，不過有些人在光譜上的位置是會變動的。

4. 性別不一致

生理性別與自己的性別認同有差異的狀態，我們可以稱之為「性別不一致」，最新的醫學研究已經不再將「性別不一致」視作疾病，而是將此視作常態。孩童的性別殊異行為可能在3歲之前就已經出現，有時會被視作暫時性或過渡性的現象。這些孩童會討厭他們生理性別所帶來某些部分，例如：一個性別認同不一致的女孩，他認同自己為男生，於是可能會拒絕穿裙子出門，如果社會與教育體系不能正確的認識孩子，給予孩子尊重與彈性，孩子可能甚至為此拒絕上學。

隨著年齡增長，某些性別不一致的孩童會身處於不利的情境：一個是社會壓力，另一個是同儕關係。社會壓力可能來自於父母、家人或師長等，在1960-1970年代之前，醫療人員、父母與師長幾乎全部認為性別不一致的表現應該接受矯正；即使直到現在，2013年最新版的精神醫學診斷標準DSM-5已經將「性別認同障礙」此一診斷移除，不再視之為疾病，但家長要求扭轉孩童性別認同的現象，在社會上仍然屢見不鮮；至於同儕關係，可能因為孩童的性別行為表現而受影響，例如某些行為較傾向女性認同的

男孩，如果身處不友善的性別環境中，可能會受同儕團體孤立、排斥、歧視或霸凌。

綜合一些過去的研究（雖然這些研究報告當時仍然採用「性別認同障礙」診斷，但對於理解孩童仍具意義），被診斷為性別認同障礙的孩童，大約有15%在青少年期因為性別不一致出現情緒困難，例如焦慮或憂鬱的情緒，醫學上稱之為「性別不安」。就這些早期出現性別不一致的孩童而言，10歲到13歲間是一個重要時期，有部分歷經青春期之後會因為迫於社會壓力或其他機轉（例如：青春期的身體變化、性的探索開始等）而改變性別認同，以便接近社會特定期待，但仍有孩童持續對自己的生理性別不認同，產生長期的情緒困擾及不安，或轉而積極尋求各種方式轉變其生理性別。不過必須說明，並非所有的性別不一致的發展路徑都如同上述一樣，也有些人是到了兒童晚期、青少年期甚至成年期才開始出現性別不一致，切勿單只因為年齡而做判斷。

5. 結語

以上簡介兒童性別和性別發展歷程，由懷孕至青春期前作一概述，希望能鋪展出基本的理解。除了理解之外，面對孩童的性別認同議題時，我們有一些可以做的努力：

- (1) 不忽視、不否認孩童的性別認同議題：孩子的性別認同議題常常需要整個家庭去面對。但是有些人或甚至專業工作者，基於善意，刻意忽略性別不一致的表現，用意是想安撫家長及週遭的人，卻可能使所有的人低估孩子的困難，使家長及其他人施加更大的壓力企圖扭轉孩子的性別認同，讓孩子承受更大的情緒困境，也無形中剝奪了整個家庭誠懇面對性別認同議題的契機。

- (2) 同理家長和照顧者所遭遇的挑戰、困難與心路歷程：對於許多家長而言，首先他們可能不知道如何與孩子溝通性別認同議題。其次，無論他們支持孩子與否，家長和照顧者所接受到的社會壓力與內心掙扎並不小於他們的孩子。所以認識家長的困難並且表達同理，使家長釋懷，會有助於討論的進行，聚焦在對孩子更關鍵的議題。
- (3) 鼓勵所有人開放所有的機會讓孩子去探索不同的性別角色：探索是我們每一個人追尋自我的開端，在這些探索的機會中，不只父母親，也包括手足、親人、家庭友人與老師等，甚至擴及整個社區，都採取開放的態度，協助孩子能自由地表現性別行為，減少性別不安的可能，也有機會營造一個更為接納的環境，讓孩子成為一個完整的個體。
- (4) 給予孩童充分的理解及支持：對於孩童或青少年，理解及支持尤為重要，讓孩子知道在性別認同上作為一個完整的人，有各種不同路徑可以達成，而且這一切並無對錯可言；當孩子表達自己的性別認同時，成人是去傾聽理解，而非企圖扭轉改變；給予孩子希望，讓孩子知道在日後的發展路途上，無論他／她的性別認同為何，依舊能夠找到屬於自己的朋友。
- (5) 營造對於多元性別認同正向友善的環境：上述的不忽視、同理、支持都需要整個社會對於多元化的性別認同能具備正確的知識與接納，有了正向友善的環境，性別認同作為兒童發展中最具情感質素的一部分，才能夠被完整的尊重與欣賞。

(四) 性別、精神醫學、和精神藥物治療

1. 精神醫學中的性別

當討論各式各樣人類行為時，包含食衣住行育樂，常會因性別差異而有顯著的不同，這些差異似乎也標示著男性與女性生理、心理和社會性的不同。但當我們討論到醫療時，包括：疾病與治療，則似乎很少提到性別上的差異，內科醫師面對男性高血壓和女性高血壓常開立相同的藥物，男性憂鬱症個案似乎也 and 女性憂鬱症個案也服用相同的抗憂鬱劑。也許有人會說，疾病是不分性別的；但會不會更有另外一種可能是：長久以來以男性為主的醫療行為中，多不會去思考第二性，或多元性別，在醫療行為上的意義和重要性。

精神醫學，PSYCHIATRY，也許是醫學傳統中對於性別最為敏感的分支，精神醫學的字源「PSYCHE」，不正是一位貌美的希臘公主，象徵著靈魂和心靈。十九世紀末二十世紀初，精神醫學萌發的年代，佛洛伊德彷彿宙斯，與女神眾們：Emma Eckstein、Sabina Spielrein、Lou-Andreas Salome、Helene Deutsch、Marie Bonaparte、和 Anna Freud，將精神分析理論構建成為精神醫學主流，更在男性為主的醫療行為中，巧妙地將女性的特質和理論融入其中，我偶爾會將這群女性精神分析理論家和治療者敘述為女權運動的初始，她們是多麼前衛的一群人啊！這樣的風景持續約莫半個世紀，不知為何地當真正女權運動開始如火如荼展開的年代，恰巧也是生物精神醫學和精神藥理學澎湃崛起的時代，性別相關的差異性似乎也悄悄在新時代主流精神醫學和其治療模式中幽微起來，大規模的臨床藥物研究專注在藥物療效和副作用，卻很少看到相關以性別差異為研究主題的分析，也許是因為性別議題突然就變成只是社會政治經濟的議題，而不再是醫學醫療的議題。在漫長的精神專科醫師訓練中，確實也鮮少有機會思考或閱讀到性別對於生物精神醫學和精神藥物治療影響的相關研究，也許偶爾會好奇，一個男性重鬱症和女性重鬱症，其抗憂鬱劑的選擇會有

不同嗎？一個男性思覺失調症和女性思覺失調症，其抗精神藥物選擇會有所不同嗎？

2. 性別是否在精神藥物治療扮演重要角色？

(1) 藥物動力學和效力學的性別議題

提到藥物，就必須提到藥物動力學和效力學，男性和女性基本的生理差異確實影響著藥物吸收、代謝、在身體內的分布、和作用受體結合……等。譬如：女性的脂肪分布常多於男性，對於脂溶性較高的抗精神藥物則會產生不同的吸收和身體內分布，自然對其療效也有可能產生些微的差異；男性賀爾蒙和女性荷爾蒙對於中樞血清張力素和多巴胺的調節也有差異，研究顯示：男性賀爾蒙會增加血清張力素受器的連結親和力，此結果也許暗示，男性更年期相關的憂鬱症，補充男性賀爾蒙對於抗憂鬱劑的治療可能會有部分協同治療的效果；而在女性的研究上也有發現，女性荷爾蒙會增加血清張力素受器在腦中的表現量，進而影響抗憂鬱劑在腦中的效果，而此研究結果正呼應著女性更年期是憂鬱症、焦慮症好發或復發的高風險時期。

(2) 藥效的性別議題

在討論療效前，要先討論「性別對於症狀學的影響」，因為在臨床中，我們多半是透過詳盡仔細探詢個案的精神症狀，再選擇適當藥物，如此問診的過程也就初步決定藥物的療效。舉例來說，女性憂鬱症有較多的身體症狀、疲憊、食慾增加、和較多的自殺企圖，而男性憂鬱症則有較多的性慾降低和較高的自殺死亡風險；此外女性憂鬱症合併較多的焦慮症和恐慌症，而男性憂鬱症則合併較高比率的藥物或酒精使用疾患和注意力不足過動症。而在思覺失調症的個案，一些研究顯示男性個案比女

性個案有較多的負性和認知功能症狀，而女性個案比男性個案有較多的情緒症狀。因著上述疾患由於性別差異存有臨床症狀表現的差異性，則間接決定不同抗憂鬱劑或抗精神藥物的選擇和使用，也決定了療效，當然療效的部分和前段描述藥物動力學、效力學仍有高度關聯性。

(3) 藥物副作用的性別議題

最後要討論藥物的副作用和性別的相關性。抗憂鬱劑最惡名昭彰的副作用之一就是性功能障礙，研究顯示服用血清素藥物後出現性功能障礙的比率甚至超過百分之五十，男性和女性對於性功能障礙的困擾程度也有不同，部分與男性和女性對於性需求有所不同相關，不過不論如何和憂鬱症個案討論「性」實有其必要性，而在此精神衛教的過程中，性別差異又將扮演重要的角色，Let's talk about Sex，是必須要多麼細緻多麼敏銳啊！治療雙極性疾患的蒂拔癲，會增加女性雙極性患者罹患多囊性卵巢症候群的風險，會影響她們的月經週期和生育力，和出現毛髮稀疏、肥胖、與代謝疾患；然而多種情緒穩定劑則有較高的致畸胎性，在生育年齡女性使用，都應該考量再三。此外，抗精神藥物會增加泌乳激素的濃度，進而造成高泌乳激素血症，而高泌乳激素在男性個案會增加男性女乳症和勃起障礙的風險，在女性個案會造成月經週期改變甚至無月經的狀況。而上述這些藥物副作用因著性別差異有所不同，必然當臨床上在使用這些藥物時，應該將性別因素納入考量。

(五) 以兩類常見精神健康困擾談性別議題

以上對於精神健康困擾的性別議題做了統整性介紹，以下就以經期前情緒障礙症、廣泛性焦慮症等二種常見的精神健康困擾為例，介紹其中性別扮演的角色。

1. 經期前情緒障礙症

(1) 何謂「經期前情緒障礙症」？

月經是育齡期女性的特殊生理現象，部分女性在月經前也會感受到生理或心理變化。古希臘時代，醫學之父希波克拉底（Hippocrates）首次描述了月經週期和憂鬱的關係。到了1930年代，Frank R.T. 提出了「經前緊張（Premenstrual tension）」（Frank, 1931），描述女性個案在月經前之不適，如疼痛、水腫、易怒等，對個案造成不同程度之影響。而後 Greene 及 Dalton 兩位學者提出「經前症候群（Premenstrual syndrome, PMS）」取代「經前緊張」（Greene and Dalton, 1953），他們觀察到女性在月經前會出現生理及心理的症狀，如頭痛、噁心、水腫、易怒、憂鬱、疲倦等。進入21世紀，美國婦產科醫學會（American College of Obstetricians and Gynecologists）曾提出了「經前症候群（premenstrual syndrome）」的診斷準則（Bulletins-Gynecology ACoP, 2000），臨床上的研究估計約有20-30%育齡期女性在月經前會出現「經前症候群」的症狀（Borenstein et al., 2003; Campbell et al., 1997; Steiner et al., 2003）。

近年來，許多研究發現有少部分的女性，在月經前的表現以明顯情緒變化為主，甚至影響了日常生活功能，因此在2012年出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版中（APA, 2013），將「經期前情緒障礙症（歐陽文貞、林朝誠，2013）（premenstrual dysphoric disorder）」列為正式診斷，流行病學的調查發現約有3-8%的育齡期女性罹患「經期前情緒障礙症」（Halbreich et al., 2003）。

(2) 「經期前情緒障礙症」的症狀

在大部分的月經週期，在月經開始前一星期，出現下列症狀，而這些症狀在月經開始後數天內改善，在月經後幾乎或完全無症狀。症狀包括：明顯的情緒波動大、顯著易怒情緒或人際衝突增加、明顯憂鬱心情或無望感、顯著的焦慮或緊張、對日常的活動興趣降低、自覺專注力降低、覺得想睡易疲倦或精力缺乏、食慾明顯改變如食量增加或對特定食物的渴求、嗜睡或失眠、快崩潰或失去控制的感覺、生理症狀如乳房壓痛腫脹、關節或肌肉疼痛、脹氣或體重增加等。其中前四項情緒症狀至少須包括一項，而在所有症狀加起來至少須符合 5 項以上。

(3) 「經期前情緒障礙症」和「經前症候群」的差異

依據前面描述的診斷準則，「經期前情緒障礙症」個案至少出現顯著的易怒情緒、憂鬱心情、焦慮或緊張、情緒波動四項情緒症狀之一，而所有症狀至少要五項以上。然而「經前症候群」個案，則只要出現至少 1 項情緒症狀（如勃然大怒、焦慮、憂鬱、混亂、易怒或社交畏縮）及至少 1 項身體症狀（如腹脹、乳房脹痛、頭痛、關節或肌肉疼痛、四肢水腫或體重增加）即可（American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014）。因此，也有學者認為「經期前情緒障礙症」是較嚴重的「經前症候群」（Rapkin and Akopians, 2012），而且「經期前情緒障礙症」個案的主要表現為情緒的困擾。

(4) 病因

截至目前，「經期前情緒障礙症」的病因目前仍不清楚。最近的研究顯示，「經期前情緒障礙症」的個案，其神經傳導物質的功能（如血清素、單胺氧化酶、腦源神經滋養因子等），可能受到週期性正常波動的生殖

荷爾蒙的影響，進而出現週期性的情緒改變（Hantsoo and Epperson, 2015）。

(5) 病程

「經期前情緒障礙症」僅會發生在育齡期女性，在未有月經之少女或已經停經的女性則不會出現，但有一些非正式的報告顯示，發現個案在快接近停經時，症狀會變嚴重。

(6) 治療

目前針對「經期前情緒障礙症」的藥物治療，第一線的治療是選擇性血清再回收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs），亦即俗稱抗憂鬱劑的一種。研究顯示，無論整個月經週期均投與藥物，或僅在月經前的黃體期投與藥物，均有相當療效。其他非藥物的治療包括，飲食均衡（少油少鹽少糖）、減少咖啡因或酒精的使用、適度運動、生活作息規律等。

(7) 結語

「經期前情緒障礙症」的症狀雖然是週期性的出現和緩解，但症狀出現時仍會影響生活及情緒。若能及早發現及治療，個案更能掌握自己的身心狀態，從容平順地度過月經週期。

2. 廣泛性焦慮症

廣泛性焦慮症是臨床上常見的問題，它描述的是一群對多重主題感到焦慮，且對焦慮難以控制的個案。合併浮躁、缺乏耐心、肌肉緊繃、睡眠障礙亦相當常見。而廣泛性焦慮症的盛行率、表現，是否與性別有關，相信是不

少人感興趣的主題。有實證研究探討廣泛性焦慮症與生理性別的關係，本文試著做簡單的整理。

(1) 盛行率

廣泛性焦慮症在男性還是女性比較常見？Gater 等人 1998 年的研究，收集了 15 個醫療機構、26,969 人的資料做分析（Gater et al., 1998）。他們發現整體上廣泛性焦慮症女比男多（女性 9.2%，男性 5.7%），但此現象在不同醫院體系有差異，有些地區反而是男性較多。在校正人口學因子（如年齡、婚姻、工作狀態）後，上述發現仍然存在。這顯示廣泛性焦慮症的性別分布可能有地域差異，或受到醫療人員診斷習慣的影響。

Martin 2003 的綜說文章指出，根據一美國大型研究，廣泛性焦慮症的終生盛行率、一年盛行率均為女高於男（Martin, 2003）。終生盛行率為 5.1%，男性 3.6%，女性 6.61%。一年盛行率為 3.1%，男性 2.0%，女性 4.3%。而其他有規模的研究，也多指出廣泛性焦慮症在女性比男性來得常見。另外，焦慮症比例最高的年齡區段是在 25-44 歲之間；而考量各種焦慮症，婚姻與人際狀態和罹病有明顯的關連，分居、離婚、鰥寡者罹患焦慮症的比例較高。這顯示穩定的伴侶關係對廣泛性焦慮症可能有保護意義。

(2) 病程

Yonkers 等人 2003 年的研究，對 558 位焦慮症個案追蹤八年，發現男性和女性的病程確實有所不同（Yonkers, Bruce, Dyck, & Keller, 2003）。以廣泛性焦慮症來說，不分性別，追蹤的前兩年都是復發的高

峰期。但在往後的幾年，女性仍然有稍高的復發機會，而且整體達到緩解的比例較低。這顯示女性的廣泛性焦慮症似乎更傾向慢性化與症狀的起伏。

另一個引人思考的現象是，憂鬱症在女性比男性常見，已被不少研究觀察到。如果依前幾段所述，廣泛性焦慮症也是女比男多，那麼以廣泛性焦慮症和憂鬱症常常共病（兩種疾病發生在同一個體身上）的特質，是否可以用同一套性別差異的觀點來理解？Parker 等人 2004 年的研究就支持這個論點（Parker & Hadzi-Pavlovic, 2004）。他們發現，青少年早期女性的廣泛性焦慮症，確實對日後發展為鬱症具有顯著的預測意義，男性則不盡然如此。對於女性早發廣泛性焦慮症的適度介入，是否能有效降低之後罹患鬱症的風險，或許是值得探討的題材。

另一個引人思考的現象是，憂鬱症在女性比男性常見，已被不少研究觀察到。如果依前幾段所述，廣泛性焦慮症也是女比男多，那麼以廣泛性焦慮症和憂鬱症常常共病（兩種疾病發生在同一個體身上）的特質，是否可以用同一套性別差異的觀點來理解？Parker 等人 2004 年的研究就支持這個論點（Parker & Hadzi-Pavlovic, 2004）。他們發現，青少年早期女性的廣泛性焦慮症，確實對日後發展為鬱症具有顯著的預測意義，男性則不盡然如此。對於女性早發廣泛性焦慮症的適度介入，是否能有效降低之後罹患鬱症的風險，或許是值得探討的題材。

(3) 致病機轉

在生理機轉部分，有學者用壓力反應對基因調控的觀點來解釋憂鬱症、廣泛性焦慮症的性別差異（Hodes, 2013）。也就是說，兩性遭遇壓力時，被影響的基因有所不同，因此後續的生理效應也出現差異。然而，

這些研究多半是以動物為基礎。動物研究的發現和人類的廣泛性焦慮症是否具有相關性，有待進一步釐清。

也有研究著眼於性別差異中的神經心理機轉。Kinney 等人 2017 年的論著，是給廣泛性焦慮症個案看具有情緒意涵的文字，並觀察不同情緒主題的反應時間，來估計是否存在注意力偏誤（即注意力之表現受到情緒之影響）（Kinney, Boffa, & Amir, 2017）。結果顯示，男性和女性對於負面、中性主題文字的反應相近，但對正面主題的文字，女性的注意力偏誤較為明顯。這表示女性廣泛性焦慮症個案比較有正面情緒的著力點。此一發現或許在心理治療有應用空間，比如可以據此調整認知行為治療、其他牽涉注意力分配之療法的執行方式。

(4) 結語

上述資料對於廣泛性焦慮症的性別議題，從流行病學到生理心理機轉，做了簡單的回顧，希望對讀者有所助益。也期待未來有更多視角寬廣的研究，增加我們對於焦慮症性別議題的瞭解。

3-3 認識性別少數和性傾向少數族群之精神健康需求

(一) 性別少數族群之健康議題

1. 性別少數者的心理健康

全球關於跨性別者人口比例的研究主要集中在歐洲國家，其中男變女（Male-to-Female, MtF）在人口中的比例，大約介於在 11,900 至 45,000 分之一，女變男（Female-to-Male, FtM）大約介於 30,400 至 200,000 分之一。整體來說 MtF 是比 FtM 來得多的。

但要注意的是，這些調查是「因為性別不安而到醫院就診，並進行變性手術的人」，實際上，跨性別者有些並不想變性、很多則根本不需要就醫，因此實際上的跨性別人口比例應該是高出這個數字許多倍的。

以國內而言，據內政部的統計資料，自民國 87 年至 103 年 11 月，臺灣進行性別變更之現住人口統計共 512 人，其中 MtF 共 295 人、FtM 共 217 人，非現住人口則另有 20 人。隨著這幾年的社會包容度略微改善、醫療資訊的流通增加，到醫院進行變性評估的人數亦是逐步上升。

許多性別少數者，因為對於原生生理性別的反感，而自幼不斷經歷「性別不安」的情況，加上受到社會對於性別框架的壓迫，缺乏同儕典範及家庭支持，常會感到孤立無援，甚至發生遭到性騷擾、性侵害或霸凌的情形。

因此，大約三成的性別少數青少年曾合併出現精神疾患，其中焦慮症佔 21%、憂鬱症佔 12.4%、侵擾行為疾患佔 11.4%。對於性別不安的青少年，應提供全方位的心理與生理照護，而非僅聚焦於性別認同本身。就心理健康而言，應關注的問題包括焦慮、憂鬱、自我傷害、虐待、強迫症、物質濫用、性問題、人格障礙、飲食障礙、以及自閉症類群障礙（包含自閉症及亞斯伯格症等）。

心理健康專業人員可以陪伴性別少數者探索性別身份，討論家庭、校園、職場、社會的適應方式，在個案向親友、同學、同事出櫃時，給予諮詢及協助，並適時邀請跨性別者的家人（尤其是家長）進行家族諮商及治療。

2. 變性醫療評估之考量

性別少數者可能會經由賀爾蒙替代療法（hormone replacement therapy）、性別重置手術（sex reassignment surgery，俗稱變性手術）、

整形手術、各種心理健康服務或變更身分證性別等方式，以取得自我性別認同的一致性。當性別少數者希望開始進行醫療介入，目前在臺灣的醫療評估流程大致包含以下幾個面向：

- (1) 精神科評估：包括精神科醫師診斷評估、精神科社會工作師評估、精神科臨床心理師評估。部分醫院會進行變性個案團體治療。
- (2) 內分泌科評估：賀爾蒙替代療法。
- (3) 整形外科、婦產科、泌尿科評估：性別重置手術。
- (4) 染色體檢測（排除先天性的性別發展疾患）。

3. 生理性的醫療介入

包含以下幾種方式：

- (1) 完全可逆的介入治療：在青春期當中，以促性腺素釋放激素類似物（GnRH analogue）來抑制雌激素或睪固酮的分泌，進一步延緩青春期的生理變化。以讓正處於性別不安中的青少年，毋須眼睜睜地看著自己的身體發展出難以接受的性徵與體態，而能夠爭取更多時間好好決定未來性別的發展。此種方式屬於完全可逆的介入治療，在停藥後會重新回到青春期的生理變化。
- (2) 部分可逆的介入治療：使用賀爾蒙治療，造成男性化或女性化的身體改變，包括皮膚膚質改變、肌肉量變化、性慾改變、原生性器官萎縮、嗓音變化（女變男較顯著）、乳房生長（男變女）等。因長期使用賀爾蒙替代療法後，生殖細胞的生成能力會受損，在此階段，內分泌科醫師也會跟當事人討論是否保存生殖細胞（即冷凍精子或卵子），以為將來可能的生育計畫預留出路。

(3) 不可逆的介入治療：即指性別重置手術。

4. 變性醫療介入後的健康議題

以目前的醫療水準，賀爾蒙取代療法整體而言並不會影響平均壽命，亦即只要在正規醫療的穩定監控下，變性者仍可擁有正常的壽命。但賀爾蒙仍可能提高某些健康風險，包括女性化的賀爾蒙可能會增高靜脈血栓疾患、膽結石、肝臟酵素升高、體重增加、高三酸甘油血症等；男性化的賀爾蒙可能會增高紅血球增多症、體重增加、痤瘡、雄性禿、睡眠呼吸暫停症等，因此需要定期追蹤。

另外，變性手術術後的照護與保養，亦是艱辛的過程。男變女的手術需持續擴展重建之陰道，避免攣縮，並注意泌尿道感染的風險；女變男手術，若僅進行第一階段摘除子宮及卵巢，相對風險不高、術後恢復快速，但若進行男性性器官重建手術，則因手術難度高，術後恢復時間耗時，因此建議在術前就需儘早戒除菸酒、建立穩定的運動習慣，以避免術後傷口恢復速度緩慢、血液循環不足等情況。

(二) 臺灣的性別變更政策

跨性別者可能會經由賀爾蒙替代療法、性別重置手術、整形手術、各種心理健康服務或變更身分證性別等方式，以取得自我性別認同的一致性。但這些介入牽涉到醫療與社會制度，因此進一步與公部門和醫療體系發生密切的關聯。

以目前的 DSM-5 診斷系統言之，部分的跨性別者強烈地感受到自己的性別與被指定性別不一致，而可能符合性別不安 (Gender Dysphoria) 診斷。此診斷延續了過去 DSM-IV 的「性別認同疾患」與 ICD 系統的「變性慾症」名稱，成為跨性別者得到醫療服務、進一步取得性別變更的初步認定。

1. 臺灣的性別變更規定演進

早年政府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臺灣評估變性慾症者適合接受變性手術的標準：

- (1) 必須是原發性變性慾症；
- (2) 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；
- (3) 父母及家人支持；
- (4) 年齡在二十歲以上，四十歲以下；
- (5) 患者的智力功能在中等以上；
- (6) 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。

而欲更改戶籍登記之性別者，則需接受完整的變性手術，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，將變性要件放寬到只需要完成「摘除」階段即可。因此臺灣目前的性別變更政策，即是根據 2008 年內政部內授中戶字第 0970066240 號令的規定，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。

而這項「行政命令」揭示了兩項性別變更條件：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。

然而，針對上述兩項要件，其實仍存在相當大的爭議。世界跨性別健康專業協會（The World Professional Association for Transgender Health, WPATH）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。而許多學者及跨性別者，也認為精神科評估與診斷證明違反了「性別自決」的原則、配合國家機器干預了個人的性別認同。

2. 近年性別變更政策的討論

針對本國性別變更規定中的手術要求，「消除對女性一切形式歧視公約」（CEDAW）審查委員會於 2013 年第 2 次國家報告的建議再次指出：

性別認同是基本人權，且無必要強迫或要求摘除生殖器，個人性傾向應該得到尊重。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，彰顯出臺灣性別人權邁向一大步！」

此後，衛福部多次發文給臺灣精神醫學會及兒童青少年精神醫學會，要求針對性別變更登記提供專業意見。臺灣精神醫學會也在 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。

兒心醫學會亦正式回函表示：若為變更社會性別與生理性別特徵不一致之性別變更登記，建議認定要件可考慮下列三類，摘述如下：

- (1) 滿十八歲者：可提出一位精神科專科醫師之診斷證明及二年社會性別角色轉換適應之相關證明。
- (2) 未滿十八歲者：需已滿十二歲或已進入青春期（Tanner stage 2），由同住二年以上（含）密切共同生活之監護人同意協同提出申請，且診斷證明需由性別認定或兒童青少年專長之精神科專科醫師開立。
- (3) 無精神科專科醫師診斷證明者：需滿十八歲，並提出最近二年社會性別角色轉換適應之相關證明或說明。

同時兒心醫學會亦呼應臺灣精神醫學會之聲明與立場，建議成立全國性的性別變更裁定委員會，審理性別變更申請案件。

然而，該議題隨後沈寂了一年左右，未見內政部的「進一步配套措施」出爐。到了 2014 年底，施明德文化基金會與性別不明關懷協會等團體聯合召開記者會，要求撤除 2008 年〈內授中戶字第 0970066240 號〉的性別變更認定標準，隨後立委丁守中召集內政部、衛福部等相關政府官員協調，

擬出〈性別變更認定之申請及登記作業要點〉草案。孰料，儘管取消了變性手術的要件，這項草案規定：變更性別登記除了需取得原有的兩張精神科診斷書之外，還要再經「諮商委員會」同意，並且額外設置當事人必須無子女、現無婚姻關係、且「終生不二度轉換切結」等要求，讓諸多跨性別團體痛批政策大開倒車、比過去還要更嚴格！

2015年，內政部召開數次「研商性別變更認定及登記程序相關事宜」會議，會中邀請了各相關部會、法界、醫界、民間性別團體等代表。而後續內政部又發函給跨性別團體及多家進行變性評估的醫療院所一份「性別變更認定要件問卷調查」，綜整相關資料後擬具「性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告」，於104年9月16日函報行政院核裁，並於105年3月30日補充回應說明。於106年9月6日兩公約第二次國家報告國際審查會議結論性意見與建議跨部會點次審查會議決議，在身分證等文件增加第三種性別選項前提下，先行盤點涉及之相關法令及表件，再召開會議協商推動策略、作法及期程。

(三) 多元性別類群學生的校園困境：以門診中的女學生褲裝證明求助為例

1. 說明

此文中的「多元性別類群學生」，包括了外觀長得像男性的女學生、想以另一種性別生存的跨性別學生、不喜歡女性化外觀的女生、不喜歡穿裙裝的女生等。

2. 案例

求助者是16歲高職女學生，心理性別認同和出生時性別一致（又稱順性別），但外顯性別氣質偏中性，但也不至於會被誤認為是男性，短髮，不

喜歡穿裙。就讀學校為男女合校，要穿制服，女生制服為裙裝。

女學生：醫師你好，其實我也不知道為什麼我要來精神科門診？是學校的老師、教官說要有診斷書我才能穿褲子。

醫 師：請問一下是哪一間學校？

女學生：我現在念 XX 高職，每個禮拜都被叫去教官室問話！

醫 師：問話？

女學生：他說你怎麼都不穿裙子？學校的制服就是規定女生要穿裙子。

醫 師：全校只有妳被問嗎？

女學生：還有另一個同學，我們兩個就很倒楣，只是不穿裙子就要每個禮拜去教官室報到。

醫 師：請問你都怎麼回答教官的問題？

女學生：通常我都不講話，因為另外一個同學會跟教官反駁或是表達一些意見，教官就會很兇的制止他，我看那個狀況不斷，我就想說我還是不要講話好了。

醫 師：你在你的家裡、過去學校、或者是你同學有遇到對妳外觀或穿著有什麼看法嗎？

女學生：家裡還好就是他們也很習慣，也蠻接受我，反正我就是這個樣子，同學也還好，但是我不確定是教官故意要找我麻煩還是怎麼回事，就是讀了這間學校才開始有這樣子的問題。

3. 討論

(1) 降低校園對多元性別學生的矯正或排擠氛圍

越傳統的學校往往越執著於性別標準化或性別二分，對中性或非典型性別的學生可忍受性越低，甚而想要藉由制服來規範、矯正性別行為。然而裙裝的文化或社會意象早已沒有性別界線，校園穿著的規定凸顯矛盾。再舉個多元性別學生例子：生理女性，但天生外觀及行為舉止全然像男性，進入女多於男的教會護校，校園氣氛較排斥多元性別，讓她適應困難，加上短髮、聲音低沉的，同學第一印象往往誤以為是男性，把她當作男性，但她的性別認同和她的證件卻是女性，結果當她上女廁所時大家嚇到了，遭受校園排擠。面對這樣非典型性別的學生宜多支持與理解。

(2) 要求到精神科拿褲裝診斷書的意涵：社會恐懼？醫療解惑？

師長要求學生去拿精神科診斷書，意味著認為多元性別學生可能「有什麼問題」或應該「有精神疾病」（常見被認為有性別認同障礙或性別不安），但精神疾病診斷裡沒有穿著相關的疾病，同性戀或跨性別也已去精神病化，所以剩下的是社會大眾的不解或成見或恐懼心態有待消除。

這個議題連年來屢屢都成為新聞事件，醫師難以掌握校園生態，求助的學生還是必須回校，我們不能讓他直接跟性別較刻板校園有太大的直接衝突，精神科醫師就扮演居中溝通緩衝角色，也因此要協助說明該當尊重學生在穿著上的性別展現，穿的和一般傳統不同都屬正常行為，若警覺到校園師生在反應出自己態度上對跨性別外觀、行為或認同可能有恐懼或質疑的疑慮，反而應該視為該校園的氣氛可能是對性別包容度有限的警訊，建議校方該進行的是校園全面性的性別包容性教育學習與的溝通，去擴大跨性別學生公共或隱私生存空間，而不是去矯正學生性別氣質，甚至非自願性被迫推入精神科診間。

(3) 褲裝的性別符碼

現況大多數小學或國中學校常以運動服裝為校服，爭議性減少，但到高中，部分校園期待女學生穿裙子，認為是所謂女孩樣的穿著。但有時女學生想穿褲子的想法就很單純就是活動方便或舒適感。校方應該試圖理解：褲裝和女性氣質可以是共存的，事實上，社會中也常見專業女性著褲裝。

(4) 性別外表異於典型的校園處境

性別表達中性外觀，長相或舉止相當男性化的女學生，很容易被歸類為女同志或跨性別，由外表就容易在學校引起異樣眼光，有的長期在這種氣氛下容易引起壓力或情緒困擾；有些是性別言語上被標籤為男人婆，然而性傾向和性別認同都需要長時間的自我接納或探索歷程，甚至因為和他人的不同而對自我產生混淆及否認，而非外界誤認為是以慾望中心的愉悅想像，加上不友善的校園環境，增加勇敢作自己的難度。

(5) 跨性別學生缺乏安全的校園環境可做性別轉換

另外就是跨性別學生在校園進行的社會性別轉換，目前臺灣大部分常見始於大學階段，但這幾年國際間醫學重要組織在診斷或照護系統對跨性別認同逐漸健康正常化後，小學到高中階段的需求都逐漸出現，因為性別認同大部分人在2~3歲都可以固定，當出現是跨性別認同時，男跨女孩有強烈渴望穿裙，或女跨男孩厭惡穿裙，或有自己的偏好，或需要更多時間和空間自我瞭解，在學校就可能要做一些和原生性別傳統服裝上或相關性別稱呼或生活方式的轉換，有時候是要一直跟學校溝通，怎麼樣讓同學老師都可以接受的社會轉換，降低因誤解或性別偏見帶來的歧視與欺凌對待。

(四) 世界頂尖醫學專業如何看待同性婚姻？

臺灣精神醫學會於 2016 年正式發布「支持多元性別 / 性傾向族群權益平等和同性婚姻平權之立場聲明」，為全亞洲醫學專業學會之創舉。在此之前，世界頂尖之醫學期刊《新英格蘭醫學期刊》，在 2014 年「觀點」專欄就已刊出 Gilbert Gonzales 所寫「同性婚姻——帖健康促進良方」一文，支持同性婚姻 (Gonzales, 2014)；在 2015 年更進一步刊出 Campion、Morrissey 和 Drazen 所寫題目為「支持同性婚姻」的編輯評論 (Campion et al., 2015)。為何《新英格蘭醫學期刊》會連續兩年刊登支持同性婚姻的宣言？本文整理《新英格蘭醫學期刊》這兩篇文章，以協助讀者了解頂尖醫學期刊的觀點。

前述 Gonzales (2014) 發表於《新英格蘭醫學期刊》的「觀點」專欄「同性婚姻——帖健康促進良方」一文，明列為何同性婚姻合法化能有效促進同志族群健康之理由。除了是因為在美國的保險制度下同性婚姻能增加同志族群醫療保險的可及性外，還提出同性婚姻合法化是降低社會汙名的直接做法，能有效改善同志族群的身心健康。例如 2011 年「美國國家醫學研究院」(Institute of Medicine) 報告指出：歧視性的社會環境與公共政策不僅將同志汙名化，也讓同志感到被排斥、受辱、自信低落，對於其健康相關行為或心理健康都有負面影響。舉例來說，在美國，同志住在禁止同性婚姻的州，會比住在同性婚姻法合法的州，更有可能發生憂鬱、焦慮、以及酒精使用疾患等症狀。公衛研究也顯示：歧視性的環境及同性婚姻禁令對於健康有害；反之，同性婚姻合法化以及相關的權益政策則能增進同志族群的健康，例如麻州與加州的研究資料皆顯示：同性婚姻合法化後男同性戀對於心理健康的就醫需求及醫療花費顯著減少，而同、雙性戀若能有合法的婚姻關係，心理層面的痛苦也能隨之減輕。

依據這些實證結果，作者主張：要決定是否將同性婚姻合法化，應將同性婚姻能帶來之健康利益納入考量（Gonzales, 2014）。

2015年「支持同性婚姻」這篇編輯評論則指出（Campion et al., 2015）：所有醫療照護的基本原則，就是尊重、不帶偏見或個人喜好地接納病人真實的自我。過去長時間在世界各國對於同性戀這種人類自然的性傾向表現存在錯誤認知，而醫師們屢屢見識到這些汙名化和恥辱感對於同志族群造成多麼嚴重的傷害，諸如重大壓力、焦慮、失功能行為、憂鬱、甚至是自殺。性傾向認同對於每一個人都是重要的，同志若生活在不被接納的社會中，將遭受持續性的傷害，無法過正常的生活。

2015年「支持同性婚姻」這文章進一步指出：不只是站在公平正義立場上應接納同性婚姻，從健康促進的角度來看，同性婚姻也極具重要性。婚姻關乎穩定而長期的關係，這樣的關係能促進健康、降低某些疾病的風險、推動健康的家庭。所有醫療工作者都很清楚：家庭是慢性、嚴重疾病患者的重要照顧力量，當面臨病情加劇、必須討論作何種醫療處置決定時，醫師很清楚：和患者不具法律效力的伴侶作如此重要討論，在法律效力上是無法與患者的合法配偶相比擬的。所以若同性婚姻無法合法化，將傷害同志族群的健康。

以上為《新英格蘭醫學期刊》在2014和2015年兩篇正式聲明中支持同性婚姻的主要原因。或許讀者會質疑：這兩篇文章皆為針對美國在討論同性婚姻時所做的聲明，是否適用於臺灣？其實大家只要先放下自己對於同志族群的既定觀感，站在醫療工作者的立場思考：這兩篇文章所列支持同性婚姻的理由，諸如平等看待每一位病患、改善汙名化所帶來對於獲得醫療的阻礙、增加病患所獲得的社會支持，每一項不都是醫療人員平日就需要做到的嗎？這也就是臺灣精神醫學會發表正式聲明支持同性婚姻所揭示的精神。

(五) 同志親人之心理歷程

近幾年來，同志和支持同志的朋友們的聲音和身影，逐漸在社會和網路上漸行壯大。但事實上，仍有為數眾多的同志朋友無法公開自己的性傾向（俗稱「出櫃」）；更有一群更為沈默的聲音——同志朋友的親人。

筆者曾經受邀到臺灣同志諮詢熱線協會南部辦公室，擔任某一場名為「櫃父母下午茶」活動的共同與談人。突然間，門口探進一個略帶灰白髮絲的頭，是個中年先生，有點不自在地問：「這裡是……什麼同志熱線協會嗎？」志工們熱心招呼這位大哥進入辦公室，但大哥依然顯得侷促不安；不久後，一個年輕活潑的年輕男生拽著媽媽的手進來，媽媽同樣顯得尷尬，小聲地跟志工說著「都是他堅持要我來啦，不然我才不要來」，而這年輕人大聲接著說：「我就是希望讓我媽了解什麼是同志！」

這兩位有點尷尬、似乎又是被半強迫帶來的爸爸和媽媽，靜靜地坐在下午茶的會場中；一起在會場的還有活動主持人、同志諮詢熱線協會的志工群和兩位「已出櫃的櫃母親」和我。主持人先分享自己的「出櫃經驗」——什麼時候開始發現自己「可能是同志」、「確定是同志」、「又該怎麼跟最親的家人說自己是同志」、「怎麼處理爸媽或親人知道之後的反應」；接著，兩位「已經出櫃的媽媽」也分享著自己怎麼「懷疑孩子是同志」、「不想接受」、「試著接受」，甚至最後「想幫助更多同志孩子而挺身擔任志工」的生命故事。

最後，這兩位惶然、新進參加活動的爸爸和媽媽，帶著眼淚、帶著堅持、帶著疑惑和憤怒，講出自己的感受。讓我印象最深刻、從這位母親口中說出的一句話是：「你們在同志大遊行玩得很開心，誰來支持我們？」這似乎是小孩為同志的家長／長輩／親人內心中，最深層的呼喊。

聽到這句話，我的內心悸動不已。這是我第一次面對面直接接觸同志親人、如此深刻傾聽他們如何看待自己對子女的期待卻又失落、不知如何面對周遭親友的徬徨。在社會上，同志是相對弱勢，到目前為止都還必須為自己本應享有的基本人權奮戰；但在這場下午茶中，這兩個惴惴不安的父親和母親（都是異性戀者），面對兩位「已出櫃的櫃母親」和眾多的熱線志工，都是同志或是「挺同志的人」，異性戀者卻成了「相對弱勢」。在下午茶的空氣中，我嗅聞到了惶恐、罪惡感、自責、憤怒和悲傷；而這兩位長輩的淚水，更是令人揪心。

這些小孩為同志的家長／長輩／親人（簡稱「同志親人」），他們有著獨特的心理需求：不但得「重新認識子女」，還得認識「整個社群」，甚至「重新認識自己」。有些家長從頭至尾一直拒絕參加類似的活動，因為「我的孩子才不是同志，我當然不是同志的家長」。有一句話是「同志出櫃，父母就入櫃了」——當面對孩子的性傾向時，父母可能以逃離／躲避／隔絕等方式面對，親子之前隔了一層無形的「櫃」，而使得親子間的關係開始疏離、冷淡。在父母輩的「那個年代」，大部分沒有同志存在的概念、也「沒被教過」這件事。面臨最親密的子女出現「與眾不同的性傾向」時，同志父母會歷經一些共同的反應：混亂與失序（內心感到震驚、覺得傷痛；但對外仍然嘗試著控制、改變、駕馭現況，例如：想帶孩子去「矯正」性向、要求孩子「變回來」，還要面對家庭與親子關係間的陡然失序）；掙扎與抗拒（很自責，擔心是不是自己的問題，或是沒把孩子教好才會「變成這樣」；想要尋找孩子是同志的原因；仍持續希望孩子可以「變回來」）；接著，父母可能試著面對、解決或成長轉化（轉移失落感、嘗試或被迫接受事實、四處尋求資源等）；最後，嘗試尋求平衡與適應（將同志孩子重新納入家庭版圖、尋找生活中其他的幸福替代選項等），親子關係和生命歷程進展到新的境界。

這些心理歷程需要漫長的時間，而且也可能停滯在其中某個階段。不見得需要

一定得「承認」自己的孩子是同志、或「承認」自己是同志親人；相對比較重要的是「要怎麼樣才能讓自己和子女過得舒坦」。最終，其實還是回歸到「愛」的本身。對子女的愛，是種真愛，不分性別、不分世代、不分流派、不分宗教、更不帶任何條件。無論孩子是不是同志，都不會改變「是自己的孩子」的事實。

很多同志親人的擔憂在於：「不知道怎麼跟別人說自己的孩子為什麼沒結婚」。華人社會中有一些「特有文化」：許多成年人，雖然身形已然長大，但內心依舊如同孩子；即便孩子已經成年，許多父母親仍會過問孩子的各項生活，孩子也會依賴父母決定（例如：該找什麼工作、該跟誰結婚、該交怎麼樣的朋友等等）。或許這也能稍稍解釋一些同志親人的壓力，因為同志親人們可能「不知道怎麼幫忙決定」、「不曉得如何跟外人解釋」，然而，大家都是成年人了，其實不見得需要跟誰解釋、跟誰交代孩子的生活。

倘若同志自身正在面臨許多挑戰，其實同志親人們也是。同志親人與同志本身一樣辛苦，需要面臨僵化的性別框架、社會、家庭與文化的壓力與眼光，同樣是需要投注關心的族群；國內目前已經有不少組織（例如：櫃父母下午茶、櫃父母同心協會、同志父母愛心協會等）和書籍（親愛的爸媽，我是同志、出櫃停看聽：同志子女必讀寶典、同志資源手冊等），能夠協助同志親人和同志本身，如何共同面對「出櫃」，讓出櫃之路少點顛簸與荊棘。

3-4 政策建議

依據以上討論，建議政府在政策和執行上，對於精神健康中的性別和性傾向議題做出重視：

- 一、唯有在性別平等的環境中，性別相關的精神健康議題才可能被重視。臺灣雖然在政策和立法層面重視性別平等，但在實際執行和落實上尚有極大努力空間，

而實際發生在社會上的性別不平等，直接惡化精神健康，所以不能只有政策和法制上有規定，實際監督包括職場、學校、媒體中的性別平等場域的落實。

- 二、前述國外關於婚姻平權對同志精神健康重要性的研究證明：修改民法讓同志擁有和異性戀者相同的婚姻權，攸關精神健康和各種與婚姻緊密結合的權利平等，如果重視性傾向少數者的精神健康，政府應儘快修改民法讓同性婚姻合法。
- 三、最容易出現性別和性傾向相關的精神健康困擾的場域眾多，尤以家庭、職場和學校最為常見，政府必須對於直接接觸上述場域民眾的公務人員和教師進行訓練，提升性別知能、覺察性別不平等和初步介入的能力。
- 四、精神科和心理衛生從業人員有直接機會面對精神健康困擾者，必須在知識和態度上具備性別勝任程度，才可能提供必需的協助，而現今醫學和相關心理衛生專業人員的養成背景在此層面尚不足，宜深入規劃和執行。

■ 參考文獻

歐陽文貞、林朝誠（2013）。DSM-5, DSM-IV-TR, ICD-10 及 ICD-9 中英文精神疾病診斷分類詞彙對照。臺北市：臺灣精神醫學會。

Adelson, S. L. & of Child, T. A. A. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957-974.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2014). *Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual*. 4th ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Ghaemi, G. G., Joffe, H., & Kim, D. R. (2005). Gender differences in bipolar disorder: Retrospective data from the first 500 STEP BD participants. *Bipolar Disorders*, 7(5), 465-470.

Bergmann, N., Parzer, P., Nagl, J., Salbach, B., Runnebaum, B., & Mundt, Ch. (2002). Acute psychiatric admission and menstrual cycle phase in women with schizophrenia. *Archives of Women's Mental Health*, 5(3), 119-126.

Borenstein, J. E., Dean, B. B., Endicott, J., Wong, J., Brown, C., Dickerson, V., & Yonkers, K. A. (2003). Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48(7), 515-524.

Bulletins--Gynecology ACoP (2000). ACOG Practice Bulletin: No 15: Premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*, 95(4), suppl 1-9.

- Burt, V. K. & Stein, K. (2008). Treatment of women. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky & G. O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (5th ed, pp.1489-1525). Washington, DC: The American Psychiatric Publishing.
- Campbell, E. M., Peterkin, D., O'grady, K., & Sanson-Fisher, R. (1997). Premenstrual symptoms in general practice patients. Prevalence and treatment. *The Journal of Reproductive Medicine*, *42*(10), 637-646.
- Campion, E. W., Morrissey, S., & Drazen, J. M. (2015). In support of same-sex marriage. *New England Journal of Medicine*, *372*, 1852-1853.
- Fincham, D., Schickerling, J., Temane, M., Nel, D., De Roover, W., & Seedat, S. (2008). Exploratory and confirmatory factor analysis of the multidimensional anxiety scale for children among adolescents in the Cape Town metropole of South Africa. *Depression and Anxiety*, *25*(11), E147-E153.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurology & Psychiatry*, *26*(5), 1053-1057.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B., & Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*, *61*(1), 62-70.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, *55*(5), 405-413.
- Goldstein, J. M., Seidman, L. J., O'Brien, L. M., Horton, N. J., Kennedy, D. N., & Makris, N. (2002). Impact of normal sexual dimorphisms on sex differences in structural brain abnormalities in schizophrenia assessed by magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, *59*(2), 154-164.

- Gonzales, G. (2014). Same-sex marriage—a prescription for better health. *New England Journal of Medicine*, 370(15), 1373-1376.
- Greene, R. & Dalton, K. (1953). The premenstrual syndrome. *British Medical Journal*, 1(4818), 1007-1014.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. S. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28, 1-23.
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2015). Premenstrual dysphoric disorder: epidemiology and treatment. *Current psychiatry Reports*, 17(11), 87.
- Hodes, G. E. (2013). Sex, stress, and epigenetics: regulation of behavior in animal models of mood disorders. *Biology of Sex Differences*, 4(1), 1.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114 .
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587-593.
- Kinney, K. L., Boffa, J. W., & Amir, N. (2017). Gender difference in attentional bias toward negative and positive stimuli in generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 48(3), 277-284.
- Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(3), 281-298.
- McIntyre, R. S., Mancini, D. A., McCann, S., Srinivasan, J., & Kennedy, S. H. (2003). Valproate, bipolar disorder and polycystic ovarian syndrome. *Bipolar Disorders*, 5(1), 28-35.

- Oinonen, K. A. & Mazmanian, D. (2002). To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *Journal of Affective Disorders, 70*(3), 229-240.
- Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (2004). Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders? *Psychological Medicine, 34*(3), 461-470.
- Rapkin, A. J. & Akopians, A. L. (2012). Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause International, 18*(2), 52-59.
- Seeman, M. V. (1986). Current outcome in schizophrenia: women vs men. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 73*(6), 609-617.
- Seeman, M. V. (2004). Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1324-1333.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health, 6*(3), 203-209.
- Stroud, L. R., Salovey, P., & Epel, E. S. (2002). Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biological Psychiatry, 52*(4), 318-327.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow up. *Depression and Anxiety, 17*(3), 173-179.

第四章 性別與照顧工作

陽明大學衛生福利研究所／周月清

4-1 前言

照顧工作長久以來被視為是「愛的勞動」(labour of love) (Graham, 1983)，和女人劃上等號 (Ungerson, 1990；Pascall, 1997；呂寶靜, 1999)，眾所皆知無論勞動市場的相關照顧工作者 (care worker)，如托育人員、居家服務員、個人助理等或是照顧親人的無酬家庭照顧者，都是女性居多。家庭照顧工作過去在國內是不被看見，譬如在國家各項例行統計，將家庭照顧視為「家務工作」，在填寫職業欄時，未參與勞動市場的全職家庭主婦，被歸類為「家管」。國內截至目前也缺乏這一群未領薪 / 無酬家庭照顧者 (unpaid family caregiver/family carer/informal carer) 的相關調查，中研院的家庭動態調查，也截至晚近 2015 年開始才加掛有關家庭照顧者的相關問題 (詳見周月清等研究, 2010)。而前述勞動市場的照顧工作者 (formal care worker) 也一直不被重視，其低薪、低福利、高流動率現象，即為一例。然此現象是否與傳統以來照顧工作多半是屬於女人的工作有關，因此不被看重，同時也與缺乏公共政策的重視有關？

本文僅從「性別主流化」探討「家庭照顧者與性別」的相關議題，並從跨國案例比較，以探討國家政策對照顧工作在性別平等的影響。

(一) 照顧的意涵

「照顧」(care) 含括照顧者 (carer/caregiver) 與被照顧者 (care recipient)。

「照顧者」包括正式（formal）與非正式（informal）系統的照顧者。前者指來自公部門、私部門 / 市場、非營利單位提供的照顧者，如托嬰中心的托育人員或居家提供照顧幼兒的托育人員，提供老人或障礙者到家服務的居服員、老人或障礙者日托中心與提供住宿服務單位的照顧服務員、促進障礙者自立生活及障礙者自己可以選擇的（有自主性的）個人助理（personal assistant）、社區關懷志工、或是在醫院服務的護理人員或社區的公共衛生護士等，同時也包括來自市場或是照顧服務單位聘用的外籍照顧工作者與住到家宅的外籍看護工（live-in migrant care worker）；後者包括由鄰居、朋友提供的照顧或由家人照顧的家庭照顧者，皆稱為非正式系統的照顧，這些非正式照顧在西方先進國家逐漸被納入有酬照顧工作範疇，而臺灣社會仍屬於無酬、不被看見的家庭照顧勞務工作。

「被照顧者」則包括學前幼童、老人、障礙者（包括障礙兒童和成人）、長期重症者、罕病患者或臨終病人。

誰是前述這些學前幼童、老人、障礙者、重症者、罕病患者或臨終病人的非正式或家庭照顧者？包括照顧兒童的父母與祖父母¹；照顧老人的老年配偶、血親或姻親子女（媳婦）與孫子女；長年照顧障礙者或重症者多數為父母，少數為配偶、手足或其他家人。

「照顧」和每一個人相關，人一出生，就需要被照顧，後續若發生障礙以及老年失能也需要被照顧，而在老邁之前或人生生涯，包括身心障礙者本人²，多數的人會成為自己家人的家庭照顧者，包括自己幼小的子女、障礙家人及老年

¹ 在英國、歐洲不定義照顧兒童的父母為照顧者。

² 身心障礙者本人也會是自己幼小子女或年老父母的家庭照顧者。

失能家屬。照顧是一個普及、全球化的議題，不只是個人、家庭、社區、國家議題，也是國與國之間經濟與政治議題，譬如跨國移動的外籍看護。照顧不只和家庭性別角色分工有關，同時也需探討私領域、公領域在社會族群與文化對性別角色分工看法與態度、宗教、政治、社會階層等，以及國家社福、健康、勞動政策的影響。亦即，「照顧」是眾人之事，然探討之層面也極為複雜，其中包括性別、社會階層與社會角色及跨國間的不平等、政治角力、文化與經濟因素、跨國之間的相互學習與影響，含括微視面照顧的個人資本（社會階層）與中/巨視面社會資本（社會支持網絡、社會關係、社會政策是否支持）而有差異（Hooyman & Gonyea, 1995；Pfau-Effinger, 1998；Campbell, Ikegami, Kwon, 2009；Hobson, 2000；Williams & Brennan, 2012）。

（二）何以照顧議題是性別議題？

如同前述「照顧女性化」是普遍現象，無論古今中外，家庭照顧者多數為女性，包括照顧幼兒的母親、祖母，照顧家中年老失能長者的老年女性配偶、女兒、媳婦，以及常年照顧身心障礙或重病子女的母親或女性配偶；因此照顧工作的性別議題必須探討。同時因為家庭照顧工作，也會影響女性勞動參與，女性勞動參與也間接影響女性的經濟安全，包括未來老年退休的經濟保障，因此國家社會政策是否支持女性參與勞動市場，亦即是否支持家庭照顧工作去私領域化，也會影響「照顧女性化」及「貧窮女性化」現象的消長。因此探討「照顧女性化」之「照顧」與「性別」（care and gender）相關時，同時也必須探討國家相關社福與勞動政策，並進行性別影響評估，包括檢視勞動市場對家中有幼兒、有失能長者或障礙家人的女性是否友善，是否有相對的支持服務，同時也要檢視各項社福措施，是否會影響女性勞動參與，以及影響女性未來的經濟安全。亦即，家庭照顧工作與性別的關係，事實上與社福（幼兒、障礙者、老人、長照福利政策）、勞動政策環環相扣，同時也與女性的經濟安

全、政治與社會參與、完全融入社會成為社會完全成員（full member of the society）有關。簡言之，照顧議題，不只是性別平等議題，同時也是公民權議題（O'Connor, 1993）；同時照顧工作也會影響個人健康與婚姻、家庭及生活品質（詳見 Chou et al., 2013a 一文中相關文獻回顧）。本文將探討女性的照顧與有酬工作兼顧（unpaid care/ paid work reconciliation）議題，檢視相關社福與勞動政策是否友善女性或支持女性兩者可以平衡兼顧，以女性福祉（well-being）為依歸。

（三）何以性別主流化需探討照顧議題？

針對「性別主流化」，聯合國指出促進「性別平等」已經獲得全球各國政府及組織的認同，而為追求性別平等的目標，性別主流化被視為一種策略（Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women, United Nation, 2002）。「性別主流化」是指將性別平等觀點放入所有相關政策的各個層面、各個階段，從組織層面的改革、促進、發展及評估政策的過程（Morris, 1996；Council of Europe Gender mainstreaming, 1998），亦即，所有政府的政策與計畫要具有性別觀點，並在作成決策之前，檢視該政策對於女性和男性的影響分別進行分析研究（陳惠馨，2005；其他相關定義詳見行政院性平會，2016）。

如同前述，照顧即是性別議題，也是全球化議題，多數家庭照顧者是女性（DeVault, 1991；Hooyman & Gonyea, 1995），以全球而言，非正式照顧者 75% 是女性（Garcia-Calvente et al., 2007），而此照顧女性化，間接影響女性勞動參與、貧窮女性化、女性公民權，不僅幼小孩子照顧可能影響女性勞動參與，在高齡化社會，失能老人家屬的照顧，也影響女性參與勞動市場及未來老年的經濟安全及政治與社會參與，因此照顧帶來的性別不平等，理

所當然是性別主流化必須予以探討的議題。我們必須檢視非正式 / 家庭照顧者的相關政策是如何影響女性與男性，此即所謂的「照顧」的性別分析，據此，提供一個檢視工具，將性別主流化概念與公共政策整合，以評估相關政策在照顧議題上對性別平等的影響（Morris, 1996；Council of Europe Gender mainstreaming, 1998），繼而從組織各層面進行改革、促進、發展及持續評估政策的過程。

如同前述，晚近歐美先進國家，照顧工作已經不再被視為私領域的議題，然我國則尚未正視此議題。一直以來，臺灣社會視照顧工作為家庭責任，定義為無酬家務工作，民法親屬篇（詳見第五章「扶養」）規定親屬，互負扶養之義務，除直系血親，也包括手足。然，擔任家庭無酬照顧工作，多數為女性家人（胡幼慧，1993）。照顧幼小子女，是「好媽媽」的責任，或祖母照顧孫子女以支持母親可以就業；又，受儒家文化及孝道文化影響，照顧家中的長者是子女的责任，尤其長子，而真正被要求承擔實質的照顧工作則可能是媳婦，尤其長媳；而長期照顧家中障礙者，則多數為母親或障礙者的女性配偶（Chou et al., 2007；Liu & Osawa, 2013）。毫無疑問的，社會變遷帶來家庭結構與功能的改變，三代同堂的家庭及與子女同住的老人有減少趨勢（薛承泰，2008），加上面臨少子化與高齡化成長迅速，為因應快速高齡化社會的來臨，政府自 1990 年代開始有所謂的長照政策，以及晚近的長照保險與新政府所謂的長照 2.0 兩種不同社會福利意識形態及財源規劃的爭議。被置於「國安」議題、極低的少子化現象危機處理，於 2000 年代提出親職假與育嬰假措施。然而，這些公共政策如何規劃、服務如何提供，是促進性別平等抑或更加大性別不平等的落差？包括如何影響女性勞動參與、女性經濟安全與公民權維護，則必須進行性別影響評估，包括其他相關照顧、就業與健康政策。

(四) 臺灣兒童、老人及障礙家屬照顧與性別圖像

1. 照顧與性別統計資料

相較先進國家，臺灣高齡化³有極高的成長速度與極低的少子化（國家發展委員會，2016），然女性參與勞動市場則是相對低，2016年女性勞動參與率為50.8%（行政院主計總處，2016）。一方面我國面臨更多的照顧需求，另一方面來自家庭的照顧資源是更少的。如同先進國家，我國女性因為照顧工作而影響勞動參與是需面對的問題，因為無酬家庭照顧的性別不平等亦會影響勞動參與的性別不平等，例如女性就業率一直低於男性15-20%（行政院主計總處，2016）。

根據2006年「臺灣婦女生活狀況調查」顯示，受訪女性因照顧幼童或家中老人，被迫離開職場約佔76.7%（詳見Chou et al., 2013a分析）。2011年的「臺灣婦女生活狀況調查」亦顯示，有半數以上受訪女性因為照顧小孩與料理家事而未參與勞動市場（衛生福利部統計處，2016）；2013年「婦女婚育就業調查」也發現，15~64歲已婚女性之婚前工作比率為83.4%，現有工作比率為55.9%（行政院主計總處，2015）。同時，根據行政院主計總處統計資料（2016），2016年臺灣女性勞動參與率為50.8%，低於歐盟國家（歐盟28國平均為60.4%、瑞典74.0%、英國為68.0%、德國69.9%），也低於同為東亞地區的日本（64.4%）（OECD, 2016）。

根據2011年「臺灣婦女生活狀況調查」資料顯示，家中有12歲以下兒童的受訪女性，平均每天花費6.4小時照顧子女；若有65歲以上失能長輩，則平均每天花費6.0小時照顧長輩（衛生福利部統計處，2016）。當家庭

³ 65歲以上人口每年以0.5%以上速度成長。

結構逐漸朝向小家庭結構，高齡化人口發展趨勢讓更多女性必須同時兼顧老人照顧工作。換言之，母親不只是提供家中幼童的照顧主力，家中失能者或長輩的照顧者也以女性居多（王舒芸、王品，2014；呂寶靜、陳景寧，1997；胡幼慧，1993；Chou et al., 2007）。

2. 兒童照顧

臺灣兒童照顧多數來自市場和家庭，依據衛福部的資料，來自公部門的公私協力托嬰中心不到 10%，90% 以上市場來自私部門（私立托嬰中心及居家托育服務）提供。於 2012 年，全國約三成左右六歲以下兒童使用兒童照顧服務，但多半是屬於私人托育服務，包括居家托育服務（衛生福利部，2016）。以新竹市為例，約三分之一的幼兒是使用私立幼托服務、三分之一是請保母照顧、另三分之一由家人自己照顧，包括母親辭職在家照顧或是由祖母照顧（周月清等，2012），譬如，相較其他國家（芬蘭、德國），工作年齡層的女性就業率低、祖母照顧比率高（Chou et al., 2016；吳宗倚，2009）。

伊慶春、簡文吟（2001）的研究也顯示，結婚和生育是臺灣女性離職主要家庭因素；張晉芬（1996）、薛承泰（2000）的研究都顯示，婚前有就業經驗的女性，約半數婚後或生育階段會退出勞動市場，二度就業大都是子女照顧壓力減輕時才返回勞動市場。唐文慧（2011）研究發現受訪的中產階級母親在面對照顧與工作衝突時，仍難以擺脫「好媽媽」的社會期待，而選擇離開職場。詹雅文（2015）以 2013 年行政院主計總處「婦女婚育與就業調查」資料進行統計分析發現，15-64 歲已婚女性五成曾因婚育或其他原因離職，近六成女性在結婚離職後從此退出勞動市場，離職原因大都是為了「在家照顧學齡前兒童」，同時該研究也指出近年來家中有學齡

前兒童的女性，其教育程度越高，生育後的勞動參與率則有下降趨勢；換句話說，「高學歷，低就業」的現況有明顯發展趨勢。

3. 長者照顧

目前臺灣老人照顧模式，可以被歸類為四種：完全由家人照顧、住到老人安養中心或護理之家由機構來照顧、使用社區服務及聘請外籍看護照顧。2009年中老年調查發現，66.4%失能老人由家人照顧，12.8%由外籍看護工照顧，3.4%使用住宿服務，只有0.5%使用居家或社區式服務（衛生福利部，2013）。Chou等（Chou et al., 2015）分析2005年國健局⁴資料同樣發現：失能老人七成由家人照顧，次為僱用外籍看護（12%）或住到安養中心/護理之家（10%）的照顧，極為少數（4.3%）使用所謂居家服務、日托等社區服務；由家人照顧者一般失能程度較輕，聘請外籍看護者，其家庭關係及經濟狀況為較佳者。無酬照顧家中失能老人之家屬以女性家人居多，尤其中老年女性（劉香蘭、古允文，2015），可能也因此影響中年女性提早退休、離開職場（Chou et al., 2016）。相較其他國家，臺灣女性退休年齡低，包括我國中年女性的就業率都低於其他國家，例如日本、澳洲、英國、芬蘭及瑞典（詳見Kröger & Yeandle, 2013）。

4. 長年照顧障礙者與生病子女照顧

無論是國內外討論家庭照顧者時，長年照顧（lifelong caregiving）身心障礙或生病子女的父母，尤其是母親，常常被忽略。針對全國性障礙者調查發現，九成以上障礙者和家人同住，使用住宿服務者不到一成，亦即，多數障礙者尚需要照顧，仍由家人照顧，多數為其母親或女性配偶（Chou

⁴ 現為衛生福利部國民健康署。

et al., 2013b; Liu & Osawa, 2013)。相較照顧家中老人或幼小子女，照顧障礙子女，對母親而言是長年的，家庭生活週期一直停留在照顧期，也因此多數母親必須離開職場，但不同一般照顧非障礙子女者，這些母親也無法二度就業、再次回到職場（Chou et al., 2014）；相較一般就業年齡層女性，這些母親的就業率低、兼職工作比率高、生活品質低（Chou et al., 2010），然因家庭經濟因素，這些母親也可能因此成為勞動市場的隱形就業者（hidden paid worker；如擔任保母）（Chou et al., 2014）。針對中途發生障礙的成年人，不只家庭經濟受到影響，配偶因為成為主要照顧者，其就業也因此受到影響，譬如離開職場或只能從事兼職工作（Liu & Osawa, 2013）。多數有障礙成員的家庭，沒有經濟能力長年聘請外籍看護工，聘請外籍看護照顧者比率少於照顧失能老人家屬（Chou et al., 2015）。

5. 女性照顧者生活福祉

Chou 等人（Chou et al., 2013a）分析 2006 年內政部針對全國 16-64 歲女性的調查資料，發現這些女性需要照顧家中幼小子女、老人或障礙家人者，平均一週照顧時間為 40.5 小時，相較歐盟的家庭照顧者，每週 15.0 小時（European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008）高出 25 小時。當受訪女性依據其就業有無及是否需照顧家中幼小子女、老人或障礙者，分成有四組：「有照顧有就業」，「有照顧沒就業」，「有就業無照顧」和「無就業無照顧」，分析其經濟狀況、健康、家庭生活滿意度、家務勞動時間、個人休閒、情緒支持，發現最為弱勢者為「無就業有照顧」這組，最為優勢者為「有就業無照顧」這組；亦即這一群工作年齡層，全職照顧者（無就業之照顧者），其個人生活福祉受到的影響最大。另，當再將照顧對象之家庭照顧者，也分成四組分

析比較：照顧家中幼小小孩，照顧家中老人、照顧家中障礙家屬、以及照顧兩者以上者，結果發現照顧家中障礙者最為弱勢，尤其是那些未就業之全職照顧者；亦即，這些長年照顧障礙者之全職女性家庭照顧者（母親、女兒或女性配偶），是最需要被支持與重視者。然而，這一群長年照顧障礙者的母親或配偶，其勞動市場的參與或健康福祉尚未受到相關政策的重視。

4-2 國內、外推動別平等政策具體措施及其效益

（一）性別照顧實例

以下介紹訪談母親、障礙者與照顧者之國內外與學前幼兒、障礙者與失能老人照顧相關實例，訪談時間為 2016 年。

1. 瑞典實例

（1）Elsa：大學教授、三位幼小子女的母親

Elsa 是瑞典某大學助理教授，2016 年三月她從生第三胎的母職假（maternal leave）回來上班，一回來說，她太想念工作，由她的丈夫繼續使用父職假（father care leave）。Elsa 於 2010 年生第一個小孩，當時她使用 6 個月的母職假，之後，她一週工作三天（60%）、在家照顧長女兩天（40%），同時她的丈夫使用在家照顧長女三天、工作兩天的父職假；2012 年她生第二個小孩時，她使用 6 個月的母職假，之後同時段她和她丈夫各工作 2.5 天（50%），分別在家照顧次女 2.5 天（50%）。2015 年生第三個兒子，她和她丈夫分工，她在家六個月，之後另外的六個月工作，換先生在家照顧老三，截至目前三個小孩的親職假都還沒用完。瑞典小孩八歲前，每位共有 480 天的親職假。親職假有薪水的（paid care leave），前 390 天為薪資的 80%（Elsa 領

90%，職場老闆可以追加，例如她所任職的大學），之後 90 天領一天 180 瑞典幣（SEK）。之前她三個小孩都使用公托，長女一個月托育費用是 1,313 SEK，次女為 750 SEK，老三為 300 SEK（如果第四位就完全免費）。目前老大剛剛滿六歲上學前學校（pre-school），學前學校下午 1 點 40 分放學，之後留在學校接受課後照顧，學前費用一個月 875 SEK。除此，政府每個月給付 18 歲以下子女兒童津貼（child allowance）。Elsa 有三位子女，因此每位小孩有 1,050 SEK，因為 Elsa 有三個小孩，政府再追加給 614 SEK，因此 Elsa 來自政府的兒童津貼一個月共為 3754 SEK⁵。

(2) Vile：使用 24 小時個人助理服務自立生活

Vile 今年 75 歲，自幼因為風濕疾病導致肢體與視力障礙，他從未住過機構，婚後與妻子蓋了他目前居住多年的房子。為了獨立及自主生活，瑞典中央政府提供 24 小時個人「助理服務」（三班制），協助 Vile 日常生活所需。Vile 在 1960 年代就撰寫一本影響瑞典障礙福利發展有關障礙書籍，在 2015 年獲頒隆德大學社會科學榮譽博士。他的妻子於數年前過世，讀大學的女兒在假日會回來探望他。

(3) 實例分析

針對瑞典 Elsa 的案例，她是拿到博士學位的大學老師，也生了三個小孩，正好也回應了劉毓秀（2015）指出瑞典普及公共托育政策不只鼓勵女性有全職工作，同時也鼓勵生育，同時在北歐國家（如瑞典），教育程度越高的女性生育率反而越高。Elsa 之所以可以生三個小孩，最

⁵ 1050+1050+1050+614=3754 (SEK)。

主要的原因除了得到先生的支持、更重要的是國家針對兒童照顧政策以及友善職場的支持，她可以使用母職假，同時又可領九成薪水。她使用兼職母職假，她的丈夫搭配使用兼職的父職假，在家庭中他們的性別關係是較平等的，同時公共政策也支持，如其中 60 天的父職假不能挪給母親使用，且兩方越平均分配使用，會得到政府額外的費用獎助（Official Site of Sweden, 2016）。用性別主流化角度來分析此兒童托育政策，不僅有母職假設計，亦有父職假設計，以促使家中性別越趨平等，同時母職假或父職假皆領有薪資，亦不會影響女性因要照顧幼小子女而離開職場，工作及照顧可以同時兼顧，亦促成職場性別越趨平等。同時托育費用以最高額計算，佔所得的 3.5%，且托育子女越多，費用越便宜，學前費用則更便宜，以鼓勵大家多生育。（有關瑞典兒童家庭政策，詳見附件）

針對障礙者 Vile 來說，他沒有住過機構，育有一女，但女兒並沒有成為失能父親的照顧者，主要的照顧者是使用來自公部門支持的「個人助理」之服務。以性別主流化分析，因為有公部門支持的障礙政策，未促使女兒成為父親的照顧者，因此影響女兒的求學與未來就業生涯；包括 Vile 婚前或小時候，因有這些公共政策，也避免他的母親成為他的長期照顧者，以及他後來結婚，他的配偶也不會成為他的照顧者。

2. 芬蘭實例

(1) 障礙多年的 Aino：先生是主要照顧者

Aino 年 79 歲，自 20 年前因罕見疾病，肢體無力，必須使用輪椅，飲食、如廁、上下床都必須要有人協助，丈夫退休後成為 Aino 的主要照顧者。Aino 50 歲的長子與其家人住在開車需要兩個小時的城市，45 歲的女

兒和家人住在開車要六個小時的城市。除了丈夫的照顧外，地方政府提供經費，讓 Aino 每個月使用 28 小時個人助理服務（一星期可以使用兩次，一次 4 小時）；之前 Aino 也使用居服，但他表示居服不好用，因為每次來的人都不同，而個人助理則可以依據他的需求提供服務。為了讓家中主要照顧者可以休息，Aino 每星期使用五天到機構過夜住宿的喘息服務，地方政府每個月補助家庭照顧者照顧津貼。

(2) 有肢體障礙的 Sofia：兩名幼小子女的母親

Sofia 腦性麻痺，是輪椅使用者。目前她擔任一個障礙者成立協會（disabled people organization, DPO）的理事長，同時也是地方政府議會的議員，也在大學的政治科學研究所就學中。她也是兩名幼小子女的母親，長女五歲，小兒子一歲半。地方政府提供她一週 40 小時個人助理服務，而個人助理服務她只用在外出參與活動時，包括協助送長女到托育中心，出公差或上學時。她表示如果在家她不需要個助服務，因為居住的公寓，地方政府有協助修繕，因此可以自己如廁、煮食及照顧兩名幼小子女，丈夫也會使用父職假在家照顧小孩，支持 Sofia 的兼職工作和求學。

(3) 實例分析

針對芬蘭的失能長者 Aino 來說，與臺灣不同處，她的主要照顧者是她的男性配偶，她雖然有已成家的兒子和女兒，但她的女性家人，媳婦或女兒，並沒有成為她的照顧者，與我國文化很不相同（在臺灣，丈夫失能之後，多數由未失能女性配偶照顧，但女性失能，其主要照顧者較少數為其男性配偶）。同時此實例也指出，國家的政策如何來支持家中的主要照顧，包括使用喘息服務、個人助理服務等，尤其芬蘭最特別的地

方就是老人也有資格選擇使用個助服務以取代居服。

在芬蘭的 Sophia，自小就有肢體障礙並使用輪椅、已婚、並照顧兩名幼小的孩子，也就是說 Sophia 雖然也使用個人助理服務，但她同時也是照顧她自己小孩的母親。Sofia 有能力來照顧小孩，實踐母職，包括在職場繼續其社會參與、從事障礙運動，同時回到學校繼續深造。如同一般人 Sophia 這些社會角色與自我實現得以實踐，最主要也是因為她居住的住家房舍也得到修繕，包括廚房、廁所的改建，她可以自己煮食、協助幼小孩子盥洗；個人助理服務協助她接送小孩，陪同她去學校，同時她的丈夫也請過父職假協助照顧子女，所以 Sophia 在接受訪問時，她不認為因為身為女性而得到社會的歧視或是差別待遇。

3. 臺灣實例

(1) 淑惠：娘家的「長女」、夫家獨子的「長媳」

淑惠 56 歲，在家排行老三，另有三位手足，家中的大姐因為發高燒而傷到智力、語言和耳朵，終身需要被照顧。老二是大哥，是家中獨子，從小被祖母寵愛有加，母親也以子為榮。老四是妹妹，和大哥大學畢業出國深造、國外定居。淑惠大學畢業後留在臺北工作，三年後結婚搬回南部和公婆同住，先生是獨子，另有三位姐妹。淑惠自小被視為長女，所有家中家務包括後續父親、母親以及大姐的就醫、失能照顧都是非她莫屬。母親一直很自責認為大姐障礙是因為她有工作（小學老師）疏於照顧，淑惠以母親為鑒，婚後當起全職家庭主婦，除了是兩位子女的母親，包括張羅夫家所有家務工作，即使後來搬出來獨居，淑惠還需負責公婆家的家務工作，包括準備夫家年夜飯，甚或公公還不准身為媳婦的淑惠和家人同桌使用年夜飯。2010 和 2011 年期間，要照顧夫家公公

的肺腺癌和大腸癌，還得照顧得了腦癌末期的父親、失智的母親，以及失能的大姐；亦即，淑惠在那兩年期間，除打理三個家庭（公婆家、娘家、自己家）的大小事情，同時要照顧四位重病失能的家人。淑惠即將步入老年，除了娘家父親、大姐先後於兩前往生，娘家母親目前住安養院，她的照顧工作持續中，包括仍要照顧久病的公公、婆婆的家務工作、探訪安養院的母親，自己的子女雖已成年，但家務工作未減。淑惠婚後離開職場、沒有收入，家中所有購買的家當，夫家姐妹認為都是屬於「先生家」的財產，當初先生購買公寓時，公公也不准過戶給淑惠，而婆婆至今還認為住處打掃工作、日常開銷，理所當然是媳婦的工作和兒子的責任。

(2) 一生都在照顧的阿布：照顧弟妹、子女、中風先生、發展遲緩的孫子

阿布 53 歲，是發展遲緩孫子的主要照顧者。阿布自小在部落長大，七歲時她就需照顧家中的弟妹，包括一邊背著幼小的弟弟，一邊準備煮食一家人的飯菜。在她 18 歲時嫁給退伍軍人的先生，生了個兒子，婚後不久先生中風，除了要照顧年幼的小孩外，阿布理所當然成了先生的照顧者。先生過世後，兒子也成家生子，但兒子失業去向不明，媳婦使用大麻被關，最後也成了兩位孫子女的主要照顧者，其中一位被通報、鑑定為發展遲緩，成了社工的訪問對象。家中主要的經濟來源是靠先生的軍眷津貼，有時也靠打零工增加收入。

(3) 家中經濟支柱兼全職照顧者的秋娥：障礙女兒的終身照顧者

秋娥 54 歲，除兩個分別 29、22 歲的兒子，有一位被診斷為智能障礙重度的 27 歲女兒。為兼顧照顧女兒以及家庭收入，秋娥在自家客廳開設家庭美髮。先生失業在家，兩個兒子因工作和求學在外租屋居住。女

兒一星期使用兩小時喘息服務，其餘時間都待在客廳，由秋娥一邊工作一邊全天候照顧，即使先生失業在家。秋娥的家庭美髮需配合顧客時間，從早到晚，有時候工作到十一點多才結束，她說她的腳因為站立太久，出現靜脈曲張問題。被訪問到她照顧女兒幾年，她回答說女兒幾歲她就照顧幾年，一天花多少個小時照顧障礙女兒，她回答說 24 小時，她分享：「昨晚我忙到早上三點才睡，…我也無法熟睡，因為每兩個到三小時要起床一下，看文文是否有狀況發生，…我根本沒有時間休息。」女兒曾使用特殊教育，秋娥分享說：「送去學校我更累，我需隨時 on call，因為老師會隨時打電話來說文文又出狀況了，要我馬上去學校處理，我就必須立即飛奔過去。有時候我正好有客人，根本無法丟下不管，…有一次我幾乎被車子撞到。…那裡的老師很不友善，只增加我的壓力和額外工作，…對政府我不敢期待，期待越多失望越大。」（詳見 Chou et al., 2013b 中的案例）

(4) 新移民的茉莉：子女和久病公公的照顧者

茉莉是越籍新住民，嫁來臺灣十年，生了二位女兒，與公婆、兩位小姑同住。透過相親和先生從相識到結婚，滿懷希望與丈夫共組幸福家庭；惟事與願違，十年來，除照顧自己的兩個小孩，也要照顧中風的公公，同時還要負責家中的家務工作，婆婆時而會抱怨她只生女兒卻沒生兒子，公婆和小姑一直待她如外人，先生婚後沒多久就對她越來越冷淡，寧願在外與朋友喝酒也不願早回家，即使回到家也是倒頭就睡，她除了帶小孩、照顧公公、負責家務之外，那裡也不能去，也無法參與語文學習課程。後來她先生因為酒駕被吊銷駕照，無法開計程車維生，對她的態度就更加惡劣，甚至有一次拿刀相向。她曾經也想離婚回越南，但娘家卻要她忍耐，不希望她回娘家。

(5) 實例分析

淑惠完成大學教育，婚後就辭掉工作，她的角色在婚後就是兩個家庭（血親與姻親）的全職照顧者，包含婚後生的兩名小孩的照顧者；因為是娘家的長女，必須要照顧娘家的父母親及一位自小障礙的姊姊；在夫家，丈夫為獨子，身為長媳，也被要求要扛起夫家的所有家務事，以及後續公公、婆婆失能後的照顧。在淑惠的實例中，她並未使用公共服務分擔照顧工作，在她及家人的傳統觀念裡面，這些照顧工作都是屬於家庭的責任，也就是家中女人好媽媽、好女兒、好媳婦的責任，娘家及夫家對她的要求也被視為是理所當然。從淑惠的經驗，看到家中性別的不平等，淑惠雖然完成大學教育，可是仍舊擺脫不了文化的期待，也沒有看到有公共服務介入進來；更值得一提的是，這些照顧與家務工作不止是被視為無酬的，也是「無價值」，即使同為女性的小姑、婆婆也認為這是長女、長媳理所當然的無酬照顧與家務工作。

阿布是一位原住民，幾乎一生都是照顧者，未成年時就需要照顧她的弟弟妹妹，婚後育有子女，包括照顧多年中風的先生，晚近也照顧發展遲緩的孫子，「終極一身的照顧者」，相較西方所謂的「延續照顧者」（serial carer）（照顧兩次以上）（Larkin, 2009），尤有甚者。阿布這個年代，女性原住民與退伍軍人結婚，這些退伍軍人往往大她們年紀很多，這些年輕原住民女性也就成為先生失能的配偶照顧者；此實例也包括成為障礙孫子的祖母照顧者，由祖母來照顧孫子女，當父母親可能失業或其他因素，父職與母職就變成祖母的工作，其中包括照顧有發展遲緩的孫子女。

秋娥的女兒是一名智能障礙者，為要照顧女兒，她在家裡自己開髮廊，

可以在客廳裡面一邊工作、一邊照顧女兒，即使先生失業，先生也沒有成為照顧者，秋娥仍須兼顧有酬工作與障礙女兒的照顧工作，她不止是障礙女兒的主要照顧者，同時也是家中主要養家者。如同在周月清的研究裡面（Chou et al., 2013c；Chou & Kröger, 2014），這一群女性，包括雙親（如秋娥）與單親女性，女性兼顧照顧與工作是沒有辦法的選擇，她必須照顧障礙子女，又必須成為家庭主要養家者，在職場跟私領域照顧上的界線不能切割，如同秋娥選擇在自家客廳從事美髮生意或事務所，或擔任保母，一邊工作，一邊照顧障礙子女；或從事職場老闆同意可以帶著障礙小孩在身邊的工作，如到人家家裡或店裡做清潔與煮飯的工作，或者是擔任臨短托或居家服務員，因為這些工作時間比較有彈性，她們因此同時兼顧有酬工作與家庭無酬照顧。在此實例，明顯看到家庭性別分工的不平等，也缺乏友善的公共服務支持母親可以兩者兼顧。

茉莉是一位新移民，也是臺灣目前的一個必須重視的新議題，也就是我們臺灣男性跟外籍女性結婚，這些外籍女性嫁到臺灣來不僅成為男性的妻子或子女的母親而已，同時可能還要照顧家中生病的其他成員，包括先生的手足、將來失能的公婆。以茉莉的實例來說，她不只是家中多位家人的照顧者，也是受暴婦女，新移民女性在照顧與性別上的不平等更大。

4. 國內、外實例分析比較

在臺灣實例跟瑞典與芬蘭的比較上，首先是社會文化期待的差異，在瑞典與芬蘭，照顧家中的老年父母不被認為是子女的責任，而是地方政府的責任。另外，男性配偶也是可以照顧失能的女性配偶；同時，瑞典與芬蘭的

相關公共政策，例如職場中申請父職假被視為理所當然，其公共政策目的在促使性別更加平等。臺灣目前托育政策，雖然有親職假，但使用者少，多數使用者也為女性，因為沒有職場相關政策或雇主的支持，包括社會普遍認同。老人照顧及障礙者照顧政策只針對減輕家庭照顧負擔，但缺乏實質對家庭照顧者的支持，更沒有所謂性別觀點，也沒有明確的照顧者性別統計。

(二) 國內因應少子化與高齡化的照顧政策

為了因應嚴重少子化的「國安危機」，我國在 2002 年通過「兩性工作平等法」，2008 年修訂為「性別工作平等法」，明訂育有 3 歲以下子女者，得請領育嬰留職停薪 (unpaid childcare leave)。另 2009 年「就業保險法」增訂育嬰留職停薪津貼為給付項目，育嬰留職停薪成為「有給付」親職假 (paid parental care leave) (全國法規資料庫，2015)，亦即，自 2009 年針對有三歲以下幼兒者，就業保險年資滿 1 年，依性別工作平等法申請育嬰留職停薪者，按留職停薪之當月起前 6 個月平均月投保薪資 6 成，發給最長 6 個月之育嬰留職停薪津貼，且同時開放給父親和母親都可以申請。但是受到傳統性別意識、男女薪資結構與升遷、公共普及化照顧資源不足等因素影響，申請育嬰假人數並不多，低於 10% (勞動部，2016)，申請者以女性為主。2016 年修正「性別工作平等法」，要求僱用 100 人以上的雇主均需設置「托兒設施」或「托兒措施」，目的在營造友善員工育兒之友善職場。回應前述國外文獻發現，公共普及化照顧服務才是支持女性走出家庭參與勞動市場的關鍵，而「高工時、幼托費用高才是少子化主因」(陳平，2016)。根據 2011 年「臺灣婦女生活狀況調查」顯示，近七成有偶或同居尚無生育女性未來想生育，而未婚女性中僅約五成五表示未來想生育，不想生育者主要是「經濟不佳養不起」(衛生福利部統計處，2016)。由於生育率與兒童照顧負荷有關，在

缺乏友善的照顧措施下，導致我國成為全球生育率最低國家之一（Morgan & Taylor, 2006）。

為了因應快速高齡化社會，臺灣於 2015 年通過「長期照顧服務法」，2016 年初行政院通過「長期照顧保險法草案」，以及 2016 年底新政府的「長期照顧 2.0」。自 1992 年開放聘請外籍看護工到家中照顧家中失能老人以來，二十年多以來，逐年成長中，目前外籍家庭看護工在臺人數已逾 21 萬人。

（三）促進性別平等照顧政策跨國比較

歐盟視促進女性就業為促進經濟發展的策略之一，也視促進女性就業為一種社會投資（social investment），支持女性參與勞動市場及擁有有酬工作，有助於降低性別不平等，亦有助於社會凝聚（social cohesion）。因此，在 2003 年 Lisbon 會議中，提出歐盟國家必須在 2010 年，女性就業率達到 70% 為目標，以促進女性工作平等（European Commission, 2009）。2010 年歐盟委員會更進一步提出 2020 年新策略（Europe 2020 Strategy），強調 2020 年，20~64 歲者的就業率（含兩性）必須達到 75%（European Commission, 2010）。然而要促進女性就業，必須要有相關中央與地方政府政策與措施，針對不同年齡層女性提供兒童托育、老人照顧等公共與普及服務，方能支持女性兼顧照顧與工作之需要，亦即如何提供友善的公共政策，以支持女性有酬工作與無酬家庭照顧平衡兼顧。

一般而言，支持有酬工作與無酬家庭照顧平衡兼顧（care/work reconciliation）的國家政策包括：彈性工時、有薪育嬰假或照顧假、平價普及托育或托老服務等，哪一種措施可以促進照顧工作性別平等（de-gendered），哪一種措施有可能更加劇照顧工作性別不平等（engendered）？

福利國家的照顧政策為支持家庭照顧工作，包括前述之親職假、照顧津貼、彈性工時的設計，支持在私領域的家庭照顧工作。女性主義者也批評這些措施，因為會影響女性勞動參與，促使照顧工作更性別化（gendered），但也有部份女性團體支持，因為可以促使女性在家的照顧工作從無酬變成有酬勞、被看見及價值化（Lister, 1990, 1995），如同Knijn和Kremer（1997）所訴求的，我有權利要照顧我的家人，我有權利被我的家人照顧（Lewis, 1997）。

Lewis（1997）指出，個別國家不同規劃，往往影響該國性別社會關係的運作。歐盟國家以北歐最為積極促進女性參與勞動市場，主要是透過提供周延的社會服務，如兒童托育、老人照顧服務、終身學習等普及公共化方案，這些服務方案或措施的提供，地方政府扮演非常重要角色（Burau & Kröger, 2004）。為了促進女性就業及兼顧照顧責任，公共普及兒童照顧服務成為重要政策，其中以北歐國家最具代表（Eydal & Rostgaard, 2011）。相對的，非北歐國家的兒童照顧方案被批評為忽略女性，妨礙女性參與勞動市場，如女性從事兼職工作影響女性收入，更讓女性落入貧窮及降低生活品質（Rostgaard, 2002）。上述策略或措施明顯與當地社會文化密切關連（Kröger, 1996, 1997；Pfau-Effinger, 1998）。換句話說，該國之性別社會文化往往左右地方政府政策的形成與發展（Jensen, 2010）。如同前述，照顧不只是性別議題，同時也是勞動市場是否友善支持照顧與工作兼顧、文化社會建構、福利國家跨國比較探討等的議題。

1. Esping-Andersen 性別盲福利國家模型與爭議：性別分析照顧政策

Esping-Andersen 1990年出版的《福利資本主義的三個世界》⁶，以去商品化⁷（de-commodification）概念跨國比較歐美國家退休金制度、生病與失業保險，將這些國家區分為三種福利國家模型：社會民主國家（如瑞

典、荷蘭)、組合主義國家(如德、法)及自由主義國家(如英、美、澳)。繼此, Esping-Andersen 遭受多位女性主義學者的批判(Lewis, 1992; O'Connor, 1993; Orloff, 1993; Bussemake & Kerbergen, 1994; Daly, 1994; Hobson, 1994; Sainsbury, 1996), 認為其有性別盲, 因為 Esping-Andersen 以前述三種與職場就業、有酬工作有關的國家介入政策為例, 僅適用於主流社會有工作的男性(男性工作者多於女性工作者), 而忽略了無酬的家庭照顧工作大多數為女性, 包括社會因素造成的性別階層化、家務勞動分配性別不平等等, 同時也呼籲福利國家必須支持女性參與勞動市場, 亦即國家的政策應該是要有助於女性「離開家庭進入職場」, 而非「離開職場回到家裡」(Kröger, 2011)。

1990 年代以降, 西方開始探討性別比較敏感的照顧政策跨國比較。Lewis (1992) 提出「養家模式」(breadwinner model) 概念, 比較愛爾蘭和英國、瑞典和法國, 愛爾蘭和英國因為缺乏公共兒童托育服務, 以及高比率女性從事兼職工作, 因此被歸類為典型的「男人養家模式」(male breadwinner model); 反之, 瑞典自 1960、1970 年代開始鼓勵女性就業及提供公共托育服務, 屬於非傳統「雙親養家模式」(dual breadwinner model); 而法國由於女性的高就業率, 以及兒童津貼和兒童公共托育服務, 則屬於修正型的養家模式(modified male-breadwinner model)。

O'Connor (1993) 和 Orloff (1993) 也分別比較不同國家的政策如何影響女性自主性和公民權。針對 Esping-Andersen 社會安全政策的去商

⁶ 原書名為 *The three worlds of welfare capitalism*。

⁷ 即國家資源介入越多, 表示對市場的依賴程度越低、公共化程度越高, 去商品化程度越高。

品化（亦即公共化），Lister 於 1994、1995 年提出「去家庭化」（de-familiarization）觀點予以反駁，認為是以社會安全為中心，保護所得及勞動市場而非家庭照顧。「去家庭化」意指家庭照顧議題不被視為是私領域的家庭議題，而被視為公領域的公共議題。

Bussemaker 和 Kersbergen (1994) 質疑主流公共政策理論是沒有性別，不討論國家和性別的關係；針對 Espin-Andersen 去商品化與去社會階層化的福利國家模型的分析，提出強烈性別盲的批判，忽略國家政策和性別的關係，女性無酬的照顧與家務工作是不被納入公共政策分析，亦即照顧、性別及公民權是被視為私領域的議題。Bussemaker 和 Kersbergen (1994) 並以荷蘭為例，提出不同的福利國家模型。如在 Espin-Andersen (1990) 以就業安全的職場退休、生病與失業，在國家與市場關係的分析，荷蘭和瑞典同樣被歸為屬於去商品化高、低度社會階層化的社會民主主義福利模型；但就女性就業率及照顧工作而言，荷蘭則不同於瑞典，因為荷蘭女性就業率低，兒童照顧公共化程度低，和前述 Lewis (1992) 分析英國類似，屬於傳統男人養家模式，男性和女性階層化程度高，家中女性和男性權力是不平等的。

Sainsbury (1996) 提出「私人責任極大化的模式」（the maximum private responsibility model）及「公共責任極大化的模式」（the maximum public responsibility model）。針對單親母親勞動參與，Lewis 和 Hobson (1997) 提出兩種理想模式的照顧模型：親職 / 工作兼顧模式 vs 照顧者模式（parent/worker model” vs “care-giving model）。

2. 去商品化、去家庭化抑或去家務化？性別與照顧爭議另一章

Kröger (2011) 針對「去商品化」與「去家庭化」，提出「去家務化」(de-domesticalisation)，全面探討照顧相關文獻及與去家庭化相關的討論。首先，Kröger (2011) 批判「去商品化」(Esping-Andersen, 1990) 和「去家庭化」(Lister, 1994, 1995)，兩者其實差異不大，前者 Esping-Andersen 是尋求從市場解放，僅針對男性而言，後者 Lister 是從家庭解放，是從女性角度出發，兩者都是針對經濟上的自主性，兩者都是針對社會安全制度，經濟保障，勞動市場參與，而非照顧工作，同時去家庭化，也容易誤解為要撤掉家庭支持。Esping-Andersen 因為其去商品化概念遭受女性主義者的大力批判，在 1999 年時，也使用去家庭化 (defamilisation) 的概念並定義去家庭化為：「經由福利提供或是市場，解放家務和家庭照顧責任」(Esping-Andersen, 1999, p. 51)。McLaughlin 和 Glendinning 曾經定義去家庭化為：「解脫家庭照顧責任」或「鬆綁家庭照顧功能」⁶；Leitner (2003) 補充去家庭化，指出「從被照顧者角度，國家有責任減少個人的照顧是依賴與家人的關係」(Leitner, 2003, p. 358)。Leitner 和 Lessenich (2007) 也再次批判 Esping-Andersen 及歐盟的勞動政策，指出女性應該從家庭照顧責任解放，參與勞動市場，而非只是片面討論去家庭化 (引自 Kröger, 2011)。Kröger (2011) 指出，前述「去家庭化」的文獻，不只是經濟面，同時也含括社會與情緒層次，「去家庭化」概念變得更複雜，同時也指出從家庭獲得自由是不可能的，因為家庭照顧還是得持續且相當重要，許多家庭照顧者及被照顧者，還是會選擇家庭照顧。Kröger (2011) 強調「去家務化」(de-domesticalisation)，只強調如何減少無酬的非正式 / 家庭照顧，從

⁶ 原文為 Taking away care responsibilities from the family” or “unburdening the family in its caring function。”

被照顧者角色，除了非正式照顧外，還有正式照顧的支持，如同 Knijn 和 Kremer（1997）的訴求，被照顧者有權利選擇是要由非正式或正式照顧者照顧。

因此 Kröger（2011）指出，「去商品化」的概念，把人當作商品在市場買賣，而「去家務化」，則挑戰社會性別化 -- 將家務和公共領域區隔，促使照顧工作變成家庭私領域的家務事，促使照顧者和被照顧者被公領域排除，包括社會生活的被隔離。「去家務化」的概念目的在評估社會照顧政策，如何促使照顧者從「非自願的利他」鬆綁，被照顧者能夠有所選擇，而非只能依賴家人。強調照顧工作不應該被視為私領域家庭的責任，亦即當照顧責任被視為公領域的責任時，去家庭化程度越高，越能落實女性自主性與保障女性的公民權。

在 Esping-Andersen 於 1999 年提出去家庭化（de-familiarization），期待減少個人對於家庭的依賴，且去家庭化程度越高的福利模型，則意味著家庭負擔家裡成員福利的責任則越小（傅立葉，2010）。去家庭化並非反家庭化，是唯一透過福利國家的政策去獲得解放，且「去家庭化」的路徑有兩個，一為市場化，二為公共化，而市場化則會影響社會階層化、社會不平等加劇，間接也拉高性別在社會階層的不平等，亦即，造成購買得起與購買不起的社會階層落差，如使用私立兒童托育中心、聘請外籍家庭看護、住到服務品質較高與較昂貴的護理之家，即為一例。反之，公共化則可以促進社會階層的平等以及社會融合。

針對前述三個概念：「去商品化」、「去家庭化」與「去家務化」，以兒童托育或老人照顧為例，整合如下之詮釋：當政府提供越平價普及的兒童或老人公共照顧服務，兒童或老人公共照顧服務就不被視為商品，「去商

品化」程度高；亦即，當政府投入越多兒童或老人照顧公共服務時，公共化程度高，也意指此兒童或老人照顧服務「去家庭化」程度越高；也指照顧工作不再被視為私領域家庭責任，而是被視為公共共同的責任時，越能落實女性自主及保障女性公民權，因此「去家務化」程度高。

3. 三種福利國家模型照顧政策比較

周月清等國內十一位研究者，參與照顧與工作平衡兼顧（care/work reconciliation）的國際合作研究，研究成果報告也收錄在芬蘭與英國研究主持人主編的書籍（Kröger & Yeandle, 2013）其中包括臺灣和日本的比較研究（詳見周月清等國科會研究成果報告，2009-2012）。本書主要比較三種不同國家福利模型（瑞、芬的北歐福利國家，英國、澳洲的自由主義福利國家，日本、臺灣的東亞福利國家），在老人照顧、障礙者照顧及配偶照顧的三種不同家庭照顧者，如何受國家相關照顧政策的影響。以下僅摘述瑞典、日本和臺灣的比較。

從表 4-1 針對家庭友善政策、支持家庭照顧者照顧與工作平衡兼顧面向，北歐的瑞典針對子女照顧，如同前面案例，在子女八歲前父親與母親共有 480 天有薪的親職假（詳見附件資料）；另針對照顧末期重症家屬也有有薪的照顧假 100 天。針對 16 歲以下所有兒童有兒童津貼，針對障礙子女需求提供照顧津貼給父母，針對臨終病人家屬有臨終照顧津貼；自 1994 年，65 歲以下的障礙者，依據其日常生活需求有權利使用個人助理服務。

針對照顧障礙家人或失能老人家屬，日本自 2008 年開始有薪家庭照顧假，一年 93 天，財源來自失業保險；另外也提供彈性工時，法定雇主必須提供給照顧者短工時、彈性工時。針對照顧障礙的家屬，有所謂的特殊兒童養育津貼、中度障礙子女福利津貼及所得稅津貼。

如前述，我國針對子女三歲以下，父母親如為就業保險被保險人，育嬰留職停薪期間可申請最長六個月的育嬰留職停薪津貼，且津貼係按平均月投保薪資之 6 成計算。針對公務人員，小孩 12 歲以下一年 5 天有薪照顧假；但目前針對照顧三歲以上的障礙者或失能老人家屬，我國一年只有 7 天的無薪資照顧假。在社會安全的給付上，目前我國是以所得稅減免方式，針對照顧老人，有所謂的低收入老人照顧津貼，亦即被照顧的老人是低收入者，照顧者必須是 65 歲以下（工作年齡層）且沒有就業之家屬；照顧配偶及一般障礙子女則沒有照顧者津貼。

表 4-1 支持照顧者工作與照顧平衡兼顧之社會安全制度跨三國（瑞、日、臺）比較

國家	照顧障礙子女	照顧失能老人	照顧障礙配偶
瑞典	1. 67 歲以下有薪照顧末期重症家屬假 100 天（八成薪資） 2. 65 歲以下之個人助理		
	1. 子女八歲以下有薪照顧假 480 天（父母各 60 天，餘任何一方） 2. 障礙子女依據需求提供照顧津貼給父母。	有薪資家屬照顧假 臨終照顧津貼	
日本	1. 有薪資家庭照顧假，每一位家人 93 天 2. 有薪資或沒有護理照顧假一年 5 天（家中一人以上障礙一年 10 天） 3. 彈性工時合法性：雇主必須提供給照顧者一短工時、彈性工時；不可超工時，有效期一年		
		地方政府家庭 照顧福利服務	所得稅津貼
臺灣	1. 針對就保及公保被保險人，子女三歲以下，按平均月投保薪資（保險俸額）之 6 成，提供最長 6 個月之育嬰留職停薪津貼。公務人員：小孩 12 歲以下一年 5 天有薪資照顧假。 2. 30 人以上公司行號針對三歲以下小孩提供彈性工時，1 小時無薪提前下班。	無薪照顧假 7 天，以事假計算	
	所得稅減免 / 津貼		
		中低收入老人 特別照顧津貼 （照顧者須為 家屬、就業年 齡、未就業）	

資料來源：翻譯自 Yeandle & Kröger, 2013, p.225, 228

4. 臺、芬、德、義性別與照顧實證研究比較

如同前述，促進女性就業是全球趨勢，包括歐盟也將女性參與勞動市場，視為優先執行政策（European Commission, 2009）。但平衡兼顧有酬工作與家庭照顧（照顧幼小孩子、家中老人）往往對女性而言是困難的，因此世界各國發展各種家庭友善政策、工作與照顧平衡兼顧政策予以回應，以支持女性得以參與勞動市場（Kröger & Yeandle, 2013），除此，亦為家庭、職場性別平等主要訴求之一，為跨國福利政策比較的重要研究議題（Lewis, 2002； Gray and Hughes, 2005； Chou et al., 2013b； Knijn et al., 2013）；Daly & Lewis（1998）和 Lewis（2002）也指出，跨國比較兒童照顧或是老人照顧的福利政策是跨國比較女性參與勞動市場差異的重要比較因素。一般而言，北歐國家的政策是比較支持女性就業，因為其提供較為完善的公共兒童托育與老人照顧服務（Bettio & Plantenga, 2004； Anttonen & Sipilä, 2005）。進入 2000 年代，德國的家庭政策也有很大變革，社會福利政策開始支持女性就業，提供較為友善的兒童托育與老人照顧服務（Mätzke & Ostner, 2010； Fleckenstein, 2011）。然位於南歐的義大利，針對 0-3 歲幼兒及老人照顧則仍然停留在傳統及殘補式模式（Ranci & Sabatinelli, 2014）。東亞國家晚近也開始重視兒童照顧與老人照顧的社會責任（Peng, 2008）。但過去幾年的跨國比較，比較是針對兒童照顧或侷限在西方國家，較少將照顧老人親屬也整合進來，也較少跨東西方國家的比較，尤其是臺灣與其他國家的比較。

Chou et al.（2016）的研究，針對臺灣、芬蘭、德國、義大利四國各一個地方政府⁹的就業年齡層女性隨機選樣各 800 名，使用同一份問卷，以電

⁹ 4 個城市分別為新竹、Jyvaskyla、Hamburg、Bologna。

話訪問調查其就業狀況與家庭照顧責任的關係，探討是否照顧家中幼小子女、孫子女、老人親屬會影響女性全職就業。研究結果發現，四國當中，德國受訪女性就業率最高（77.9%），然其兼職者比率也最高（40.9%）；反之，臺灣就業率最低（57.4%），兼職者比例也最少（13.5%），對傳統女性角色認同最高分。當控制這些受訪者基本資料，發現照顧幼小兒童責任與女性是否有全職工作在三個歐洲國家之間及與東亞國家的臺灣有所差異，譬如在芬蘭受訪女性有 0-2 歲的兒童，及義大利受訪女性需照顧孫子女，會影響其參與全職工作；臺灣受訪女性有 0-2 歲的兒童及需照顧孫子女，兩者皆會影響其參與全職工作；但這些照顧責任則不會影響德國女性就業。又在這四國中，照顧老人家屬和女性是否有全職工作，都沒有相關（詳見 Chou et al., 2016）。整體而言，此跨國比較研究指出，各國的照顧政策是會影響其女性就業狀況，亦即，當探討照顧與性別平等時，我們也不能忽略國家的照顧政策對支持女性勞動參與是否友善，其中值得一提的是，兒童照顧政策友善與否，不只影響母親勞動參與，同時也會影響祖母的就業狀況，義大利和臺灣即為一例。

以下簡單介紹芬蘭、德國及義大利的家庭政策（含括兒童與老人照顧）（詳見 Chou et al., 2016）。

芬蘭自 1996 年，所有學前兒童都有權利使用公共托育服務，同時在兒童三歲前也有所謂的有薪母職假（maternal care leave）、親職假（parental care leave）、及兒童照顧假（childcare leave），但職場僅提供少數兼職工作，因此芬蘭的女性兼職比率低，多數母親會使用前述的有薪母職、親職及兒童照顧假，但一般在兒童進入三歲時，都會回到職場（Kröger et al., 2003）。芬蘭的老人照顧服務，如同兒童照顧，是地方政府的責任，晚近也受到福利緊縮影響，公共照顧侷限在有高度照顧需求者（Kröger &

Leinonen, 2012)；芬蘭雖屬普及公共服務的北歐國家，但老人照顧服務也漸趨私有化，家庭責任在增加中 (Mathew Puthenparambil et al., 2015)；以地方政府的照顧政策而言，芬蘭的 Jyväskylä 地方政府屬於高度慷慨的兒童照顧，但針對老人照顧則屬於中度到高度慷慨之間 (Kuronen et al., 2014)。

德國曾經被批評為家庭式的照顧政策 (Lewis & Ostner, 1994； Bettio & Plantenga, 2004)，但自 2000 年代中期以來，漸趨為北歐模式 (Mätzke & Ostner, 2010； Seeleib-Kaiser, 2010)，譬如，自 2005 年地方政府提供 1 至 6 歲兒童的全天日托，其中也包括有就業母親 1 歲以下的兒童的全日幼兒托育，甚或於 2013 年強制地方政府提供 1 至 3 歲的公共兒童托育。但 2014 年資料指出，仍然有三成母親是從事兼職工作 (Eurostat LFS, 2014)，主要是受長年以來德國女性留在家中照顧子女的傳統文化因素影響 (詳見 Chou et al., 2016)。德國的老人照顧是屬於其長照保險範疇 (Dallinger & Theobald, 2008)，經由需求評估，可以選擇使用服務或是領取現金由家人照顧。現金給付大約是使用服務支出的一半，服務一般針對生理上的照顧，少數為家事服務。基本上德國使用免費的公共服務還是少數 (Keck et al., 2013； Statistisches Bundesamt, 2013)，因為德國文化還是認為由家人照顧是最好的選擇 (Eichler & Pfau-Effinger, 2009)。相較歐洲國家，德國的老人長照服務屬於中度慷慨 (詳見 Chou et al., 2016)。

義大利被歸為地中海型的福利國家，相較其他北歐、西歐國家，屬於不普及的公共服務，由家人承擔照顧責任 (Saraceno, 2010)，同時，其女性就業率低，如 2013 年，歐盟 28 個國家女性平均就業率為 58.8%，但義大利為 46.5%。針對兒童照顧，則依據兒童的年齡，有不同的政策。如於

1970 至 1980 年代，中央政府針對 3 至 5 歲兒童提供全國性提供普及的學前教育。針對 0 至 2 歲兒童的照顧服務，則屬於地方政府的責任，只有少數（12%）兒童使用公共兒童照顧服務，且地方政府個別差異大，過去幾年沒有什麼變革（Ranci & Sabatinelli, 2014）。在老人照顧方面，過去 20 年沒有多大改革（Pavolini & Ranci, 2008），老人照顧一直是屬於由國家針對有高度照顧需求者給予現金，居服或住宿服務由地方政府提供，但只針對貧窮及高度失能者，使用者僅佔老人人口的 2-3%；因老人公共服務的不足，被私人照顧取代，其中也包括聘用不合格的外籍照顧工作者（Ranci & Sabatinelli, 2014）。

4-3 引導策略思考與做法

截至目前，除了女性團體將照顧政策視為性別平等議題之外，國家相關公共政策則僅視為是因應少子化及高齡化的措施，其中規劃者及決策者，包括政治人物、媒體以及整體社會，缺乏性別觀點之「性別盲」。因此，有待舉辦多場相關研討會與活動，促成社會對照顧與性別相關的認知；兒童、身心障礙者與老人照顧相關政策（含托育、長照、勞動、職場政策）亦迫切納入性別影響評估並予以檢視。

首先，針對「家庭照顧性別主流化」，提供性別影響評估工具如下，做為未來相關部會與地方政府相關單位的評估工具；據此，進而針對我國推展「家庭照顧性別主流化」提出具體建議。

（一）家庭照顧者支持計畫性別主流化分析檢視單

表 4-2 家庭照顧者支持計畫之性別主流化檢視單

一、計畫的內涵	
(一) 理論觀點	
1. 正式部門性別觀點	將性別納入政策、法令與行動以支持家庭照顧者。
2. 相關知識	針對家庭照顧者的女性化以及照顧對女性健康之影響，收集相關研究報告的實證資料。
3. 諮詢專家	本計畫的產出是經由與相關性別及家庭照顧者專家學者合作產出。
4. 諮詢照顧者	家庭照顧者有受邀實際參與本計畫的規劃過程。
5. 專業 / 專家	照顧者本人的實際照顧經驗有受到尊重，並納入此計畫當中。
6. 性別差別待遇	照顧者的工作有被看到；照顧工作的性別化及受父權的影響有被察覺並檢視探討。
7. 照顧者的貢獻	女性照顧者對社會及過去的貢獻有被看見及認同：(1) 從市場角度，這些照顧的價值換算成金錢有多少？(2) 因照顧付出的時間有多少？(3) 女性照顧者因照顧而失去的機會成本有多大？(4) 社會因此獲益多少？前述這些價值、時間、成本及社會獲益，當被換算出來。
8. 女性有權利拒絕提供照顧	共識：(1) 家庭照顧並非與生俱來的技巧；(2) 政府必須有周延的政策與措施支持有需要的被照顧者（幼兒、障礙者、失能長者）；(3) 女人（或其他家人）有責任及義務愛他們的家人，但沒有義務 / 責任照顧其家人。
(二) 情境分析	
1. 性別資料差異及性別分析	依據社會階層及其他相關變項（如是否與被照顧者同住、和被照顧者的關係、照顧時間長短及負荷多寡等等），進行照顧者的多元及差異特質的分析。
2. 女性照顧者需求	女性照顧者是「女人」的特殊需求有被納入考量，涵括：生育、低薪、社會與健康照護上對女性的成見、工作與家庭蠟燭兩頭燒、也必須照顧家中其他非失能的家人（備註：如照顧非失能的公婆或丈夫）。

二、計畫操作執行的內涵

(一) 計畫書

1. 以性別為焦點的目標	依據男性照顧者和女性照顧者的自然差異，為符合其特殊性需求，擴展有性別觀點的照顧者服務，以促進其健康及生活品質為目標。（如：減少男性與女性照顧者的不平等與不平衡、改變家庭照顧者處境、重視男性與女性照顧者的特殊需求、提供周延的照顧者健康照護、促進照顧者的健康）。
--------------	---

(二) 行動

1. 促進平等、向上提升及平等轉型的正面行動	針對會造成加深不平等的性別成見、帶有性別成見的社會認知、或性別歧視等情境，要予以介入改變，以及和女性家庭照顧者對話（備註：認為女性比較有耐心，比男性更適合成為照顧者，或是長媳必須負擔照顧公婆的責任等，皆為社會成見）。
2. 策略關注焦點	為了促使社會對性別認知結構性的改變，以及促使家庭照顧者有實質的平等機會，有必要發展長期性的介入方案。
3. 關注日常生活為焦點	為了促進女性家庭照顧者的日常生活，發展聚焦性別有功能性的改變，作為短期可行的目標。（備註：如提供有性別觀點的喘息服務）。
4. 個別性的而非可被取代的權利	針對支持家庭照顧者的政策法案措施，必須獨立出來，而非附屬在其他與家庭或被照顧者的相關法案條文中。（備註：如當前我國與照顧者相關之法案，皆隸屬在身心障礙者或老人福利法內，缺乏針對家庭照顧者獨立出來的法案；而與照顧者相關資料，也只放在前述的相關身心障礙與老人調查，目前從未針對家庭照顧者有任何獨立出來的官方調查研究）。
5. 性別預算	家庭照顧者的相關預算，當納入性別預算的相關財源。
6. 透明化	發展並提供家庭照顧者相關性別統計，以作為各項相關方案發展及相關措施檢視的策略。
7. 性別差異影響分析	針對相關政策與計畫進行性別影響評估時，必須將男性與女性照顧者分開評估。

8. 平等利益

為了終止不平等現況，介入的相關措施與方案以聚焦在男性與女性照顧者的差異做為起點。

資料來源：García-Calvente et al., 2007；「備註」為本文作者之加入之解釋

(二) 具體建議

針對「家庭照顧性別主流化」，提出以下之具體建議：

1. 針對行政院性別平等會建議

依據行政院性別平等會網站（2016），將「照顧與性別」納入以下之規劃與檢視內涵，同時依據前述之「家庭照顧者支持計畫性別主流化分析檢視單」逐一予以檢視，並針對所有之相關政策法令及行動措施予以修改。

(1) 2011年性別政策綱領七大核心議題中：「權力、決策與影響力」、「就業、經濟與福利」、「教育、文化與媒體」、「人身安全與司法」、「健康、醫療與照顧」、「人口、婚姻與家庭」及「環境、能源與科技」等，分別納入「照顧與性別」的實施計畫與評估分析。

(2) 在政策法令部分，現階段內容含括：人口政策、國家性別平等發展、性別平等教育、婦女勞動政策等，將「照顧與性別」納入前述之「政策法令」的內涵。

(3) 在性別主流化六大工具之「性別統計與分析」、「性別影響評估」、「性別意識培力」、「性別主流化訓練」，將「照顧與性別」納入其中。

(4) 針對國際參與及地方培力及教育與研究亦同。

2. 針對各部會及各地方政府與其所屬各單位的建議

- (1) 各部會及各地方政府與其所屬各單位與照顧相關的政策與措施，依據「家庭照顧者支持計畫性別主流化分析檢視單」逐一予以檢視。
- (2) 中央各部會及地方政府針對「照顧」，進行性別統計分析（包括納入相關委託方案及研究中對執行方的要求條件）、編列性別預算、重大政策以及與照顧相關之措施行動都須進行「照顧與性別」影響評估、照顧性別意識培力、鼓勵研究發展與國際連結等。

為促進照顧之性別平等及因應少子化與高齡化國安危機，以建立永續共融社會，建議如下：

- (1) 全面檢視所有與兒童、障礙者及老人照顧相關政策；就業 / 勞動政策對家庭照顧工作、女性勞動參與是否友善。
- (2) 針對發展中及未來發展之公共政策除進行性別影響評估外，也加入照顧性別平等分工及家庭是否友善影響評估，如鼓勵更多男性參與照顧工作以及職場雇主的支持（如瑞典模式）。
- (3) 視兒童、障礙者及老人照顧為公共事務議題，逐年規劃提供平價、普及公共托老、托育，包括針對障礙者的公共服務（如北歐模式）。
- (4) 針對三歲以下的親職假，應該擴充到照顧所有家人有薪的家人照顧假（如日本），作為近期即可達成目標。
- (5) 性平會可責成社福與勞動部門，針對兒童、障礙者及老人照顧與性別、就業與否、社會階層進行交差統計分析，以檢視兒童與家庭照顧工作的性別是否平等分工、照顧如何影響勞動市場參與、以及照顧在社會階層配置情形。

- (6) 性平會近期將「照顧、性別與公共政策」議題，納入性別主流化之性別意識培力課程。

4-4 未來展望與結語

(一) 未來展望

我國自 1995 年開辦全民健保，幾乎全民納保（99%），國民的健康服務屬於普及被關注，因此國人不再因為生病而產生極大的社會階層差異帶來的健康不平等。然而針對照顧議題，如依據前述臺灣家庭照顧者的案例分析，仍然屬於私領域的範疇，屬於家庭的照顧責任，更是女人的責任，譬如照顧家中三歲以下子女有育嬰留職停薪，然針對照顧三歲以上的障礙家屬或失能老人，則沒有照顧假¹⁰，同時也沒有所謂支持家庭照顧者彈性工時相關勞動政策，又缺乏平價的公共照顧服務，僱用外籍看護成為支持家中照顧者另外選擇，然而僅針對那些付得起的家庭（Chou et al., 2015），也因此產生社會階層的落差，不管照顧者或被照顧者，帶來極大差異；同時，針對傳統以來無酬照顧工作的性別不平等，不見改善，「照顧女性化」以及間接影響「貧窮女性化」。

同時，探討照顧與性別，必須探討照顧與工作是否平衡兼顧（care and work reconciliation）。過去近 20 年，照顧與工作平衡兼顧幾乎成為福利國家跨國比較研究主流，也是當前先進國家重大政策議題，譬如，前述歐盟為經濟發展，強調歐盟各國發展相關照顧支持政策（如兒童與老人照顧），以促進女性就業；因此，照顧的性別平等議題，亦是職場性別平等、經濟安全以及公民權的議題，要探討照顧，就必須探討照顧、職場及性別與福利國家的關係，如前述瑞典相

¹⁰ 2002 性別工作平等法雖增加所謂無薪親職假與照顧假，但其中的照顧假被視為事假處理。

關兒童、障礙家屬及老人照顧政策，建立在促進性別平等的基礎，而此性別平等，也包括家中男女照顧分工、職場的支持、平價普及的照顧服務，對親職、家庭照顧者是友善的，視照顧工作為公共議題為整體社會的責任，家庭照顧不再只是女人的責任、私領域的議題，是「去商品化」的、「去家庭化」的、「去家務化」的。臺灣要解決高齡化與少子化的社會處境，必須回應照顧與性別的議題，包括處理勞動市場參與率、職場性別議題，照顧家中的幼小子女、障礙家人與失能老人家屬，不再只是家庭私領域的議題，也不只是女人的家務工作而已。目前規劃的長照政策、托育措施、障礙者的相關服務、職場與勞動政策，都需考慮到性別平等，也都應該進行性別影響評估。

(二) 結語

本文從「性別主流化」觀點探討「照顧與性別」議題，並從跨國案例及相關公共政策比較分析，探討國家政策對照顧工作在性別平等的影響。照顧不只是微觀家庭內照顧分工的性別平等議題，更是宏觀面文化與社會政策是否對照顧者與家庭友善議題。同時也不止是與社福兒童、障礙者及老人照顧社福政策相關外，亦與職場是否友善及勞動政策是否促進性別平等有關，也攸關照顧者的社會福祉與公民權的實踐。我國當前面臨少子化及高齡化的「國安危機」處境，促進照顧工作家庭內與職場的平等，並整合相關托育、長照社福與勞動政策，才是因應少子化與高齡化有效及永續解決途徑。

首先，全體國民，尤其政策制定者、政治人物與媒體，必須有共識將照顧兒童、障礙者及家中長輩不再視為只是家庭責任，更不只是家庭內性別分工是否平等的私領域家務事，而是視為公領域公共政策介入對女人、對家庭是否友善的公共議題，包括兒童托育、障礙與老人照顧的社福政策、勞動政策與其他相關公共政策，是否都建立在性別與社會階層平等基礎，提供友善的兒童、障礙者及

老人家屬的公共服務，以支持鼓勵生育及女性參與勞動市場，落實個人福祉及公民權之實踐。

■ 參考文獻

- 王舒芸、王品（2014）。臺灣照顧福利的發展與困境：1990-2012。載於陳瑤華（主編），*臺灣婦女處境白皮書：2014年*（127-159頁）。台北：女書文化。
- 行政院主計總處（2015）。政府統計總覽。2016年2月26日，取自 <http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=13213&CtNode=3504&mp=1>
- 行政院主計總處（2016）。臺灣2015就業失業統計資料查詢系統。2016年10月20日，取自 http://win.dgbas.gov.tw/dgbas04/bc4/timeser/shien_f.asp
- 行政院勞動部（2016）。就業統計。2016年2月26日，取自 <http://statdb.mol.gov.tw/html/com/st0102.htm>
- 行政院性別平等會。（2016）。性別主流化。Retrieved from: http://www.gec.ey.gov.tw/Content_List.aspx?n=AFBAFABE2BDA9035
- 伊慶春、簡文吟（2001）。已婚婦女的持續就業：家庭制度與勞動市場的妥協。*臺灣社會學*，1，149-182。
- 呂寶靜（1999）。性別與家庭照顧：一個女性主義的觀點。載於王雅各（主編），*性別關係：性別與社會建構（上）*。台北：心理出版社，101-134。
- 呂寶靜、陳景寧（1997）。女性家屬照顧者的處境與福利建構。載於劉毓秀（主編），*女性、國家、照顧工作*（57-92頁）。台北：女書文化。
- 吳宗倚（2009）。親子同住對已婚婦女勞動參與關係之研究（碩士論文）。國立暨南國際大學經濟學研究所。
- 周月清、劉梅君、傅立葉、唐文慧、李玉春、張恆豪（2010）。高齡化與少子化福利國家與照顧政策：家庭照顧者就業與照顧工作共容與永續發展 -- 成年智障者家庭照顧者就業與照顧工作共容？台北：陽明大學。（國家科學委員會研究成果報告）（II）（NSC98-2621-M-010-001）
- 周月清、潘淑滿、傅立葉、梁莉芳、簡家欣（2012）。「臺灣地方社會福利體系對婦女

勞動參與及社會凝聚之影響：與 11 個歐盟國家比較。國科會間接參與歐盟 FP7 計畫」
期末報告（100-2915-I-010-004）。

胡幼慧（1993）。誰來照顧照顧者？醫療福利體系的省思。*婦女研究通訊*，19，4-6。

唐文慧（2011）。為何職業婦女決定離職？結構限制下的母職認同與實踐。*臺灣社會研究季刊*，85，201-265。

國家發展委員會（2016）。人口與人力推估。2016 年 10 月 20 日，取自 http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72（資料更新：2016 年 8 月 22 日）。

就業保險法（2015 年 02 月 04 日修正）。2016 年 6 月 30 日，取自全國法規資料庫 <http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=%E5%B0%B1%E6%A5%AD%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E6%B3%95>

陳平。（2016）。少子化國安危機逼進。*臺灣新論*，2016/05/29。取自 <http://tnr.com.tw/txtsemple.aspx?id=15>

陳惠馨。（2005）。性別主流化。2016 年 6 月 30 日，取自 http://www3.nccu.edu.tw/~hschen/curriculum/gendermain_streaming/gendermain_streaming_940730.htm

張晉芬（1996 年 6 月）。女性勞動者婚育離職原因之探討。「第三回臺灣勞動研究小組專題研討會」，台北。

薛承泰（2008）。臺灣家庭變遷與老人居住型態：現況與未來。*社區發展季刊*，121，47-56。

薛承泰（2000）。臺灣地區婦女再就業時機的初步分析。*人口學刊*，21，77-100。

詹雅文（2015）。影響婦女生育後勞動參與因素之分析（碩士論文）。國立中央大學人力資源管理研究所。

傅立葉（2010）。從性別觀點看臺灣的國家福利體制。*臺灣社會研究季刊*，80，207-236。

- 劉毓秀 編著。(2015)。《北歐經驗，臺灣轉化：普及照顧與民主審議》。台北：女書出版。
- 劉香蘭、古允文(2015)。臺灣照顧分工的重組—兩個女性世代生命歷程的比較。《女學學誌》，36，49-104。
- 衛生福利部(2013)。老人狀況調查。2016/10/20。取自 http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4695
- 衛生福利部統計處(2016)。100年婦女生活狀況調查。2016/10/20。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4701
- 衛生福利部(2016)。托育服務。2016/10/20。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=800&fod_list_no=4742&doc_no=43447
- Anttonen, A., & Sipilä, J. (2005). Comparative approaches to social care: Diversity in care production modes. In B. Pfau-Effinger & B. Geissler (Eds.), *Care Arrangements in Europe—Variations and Change* (pp. 65-87). Bristol: Policy Press.
- Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10 (1), 85-113.
- Bureau, V., & Kröger, T. (2004). The local and the national in community care: Exploring policy and politics in Finland and Britain. *Social Policy & Administration*, 38 (7), 793-810.
- Bussemaker, J., & van Kersbergen, K. (1994). Gender and welfare states: Some theoretical reflections. In D. Sainsbury (Ed.), *Gendering Welfare State* (pp. 8-25) London: SAGE.
- Campbell, J.C., Ikegami, N., & Kwon, S. (2009). Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *International Social Security Review*, 62 (4), 63-80.
- Chou, Y. C., Lin, L. C., Chang, A. L., & Schalock, R. L. (2007). The quality of

life of family caregivers of adults with intellectual disabilities in Taiwan. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 200-210.

Chou, Y. C., Pu, C. Y., Kröger, T., & Fu, L. Y. (2010). Caring, employment and quality of Life: Comparison of employed and non-employed mothers of adults with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115 (5), 406-420.

Chou, Y. C., Kröger, T., Chiao, C., & Pu, C. Y. (2013a). Well-Being among Employed and Non-employed Caregiving Women in Taiwan. *International Journal of Social Welfare*, 22, 164-174.

Chou, Y. C., Nakano, T., Chang, H.H., Liang, L. F. (2013b). Parent-carers in Taiwan and Japan: lifelong caring responsibilities within a familistic welfare system. In T. Kröger & S. Yeandle (Eds.), *Combining paid work and family care: Policies and experiences in international perspective* (pp.143-162). Bristol: Policy Press.

Chou, Y. C., Fu, L. Y., & Chang, H. H. (2013c). Making work fit care: reconciliation strategies used by working mothers of adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 26, 133-145.

Chou, Y. C., Wang, S. C., Chang, H. H., & Fu, L. Y. (2014). Working but not employed: mothers of adults with intellectual disability as hidden workers. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 39 (4), 353-362.

Chou, Y. C., & Kröger, T. (2014) Reconciliation of work and care among lone mothers of adults with intellectual disabilities: the role and limits of care capital. *Health and Social Care in the Community*, 22 (4), 439-448.

Chou, Y. C., Kröger, T., & Pu, C. Y. (2015). Models of long-term care use among older people with disabilities in Taiwan: Institutional care, community care, live-in migrant care and family care. *European Journal of Ageing*, 12 (2), 95-104.

- Chou, Y. C., Pfau-Effinger, B., Kröger, T., & Ranci, C. (2016). Impact of care responsibilities on women's employment: A comparison between European and East Asian welfare states. *European Societies*. (forcecoming)
- Council of Europe Gender Mainstreaming. (1998). Conceptual framework, methodology and presentation of good practices. Final report of Activities of the Group of Specialist on Mainstreaming (EG-S-MS). Strasbourg 1998. [Accessed 25 Mar 2007] Available from [http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/02._gender_mainstreaming/1100_EG-S-MG\(1998\)_2rev.asp](http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/02._gender_mainstreaming/1100_EG-S-MG(1998)_2rev.asp)
- Daly, M. (1994). Comparing welfare states: towards a gender friendly approach. In D. Sainsbury (Ed.), *Gendering Welfare States* (pp. 101-117). London: Sage.
- Daly, M., & Lewis, J. (1998). Introduction: Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring. In J. Lewis (Ed.), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe* (pp.1-24). Aldershot: Ashgate.
- DeVault, M. L. (1991). *Feeding the family: The social organization of caring as gendered work*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Eichler, M., & Pfau-Effinger, B. (2009). The “consumer principle” in the care of elderly people—free choice and actual choice in the German welfare state. *Social Policy and Administration*, 43 (6), 617-633.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.
- European Commission. (2009). FP7 Cooperation Work Programme: Socio-Economic Sciences and The Humanities. Work Programme 2010-Cooperation Theme 8 Socio-Economic Sciences and Humanities-Topics for Small or Medium-Scale Focused Research Projects: SSH.2010.2.1-2. Local Welfare Systems Favouring Social Cohesion. Retrieved from http://ncp-tw.ntust.edu.tw/ezcatfiles/ncp-tw/img/img/698/Socio-EconomicSciencesandHumanities_

wp_201001_en.pdf

European Commission. (2010) . *Employment Rate by Gender*. Retrieved from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do ; jsessionid=9ea7974b30e9c15c72bccca314d82b471c8e027336bfe.e34SbxiOchiKc40LbNmLahiKb3uRe0?tab=table&plugin=1&pcode=tsiem010&language=en>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008) . Second European Quality of Life Survey Overview. May 2009, Retrieved from <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/1/EF0902EN.pdf>

Eurostat (2012, 2013, 2014) Labour Force Survey Overview 2014. Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Labour_force_survey.

Eydal, G. B., & Rostgaard, T. (2011) . Gender equality revisited: Changes in Nordic childcare policies in the 2000s. *Social Policy & Administration*, 45 (2) , 161-179.

Fleckenstein, T. (2011) . The politics of ideas in welfare state transformation: Christian Democracy and the reform of family policy in Germany. *Social Politics*, 18 (4) , 543-71.

García-Calvente, M. M., Castaño-López, E., Mateo-Rodríguez, I., Maroto-Navarro, G., & Ruiz-Cantero, M. T. (2007) . A tool to analyse gender mainstreaming and care-giving models in support plans for informal care: Case studies in Andalusia and the United Kingdom. *Journal of Epidemiol Community Health*, 61, ii32-ii38.

Graham, H. (1983) Caring: a labour of love. In J. Finch & D. Groves (Eds.) , *A labour of love: Women, work and caring* (pp.13-30) . London: Routledge.

Gray, M., & Hughes, J. (2005) . Caring for children and adults: Differential access to family-friendly work arrangements. *Family Matters*, 70, 18-25.

- Hobson, B. (1994) . Solo mothers, social policy regimes and the logics of gender. In D. Sainsbury (Ed.) , *Gendering welfare state* (pp. 170-187) . London: SAGE.
- Hobson, B. (2000) . Economic citizenship: Reflections through the European Union policy mirror. In B. Hobson (Ed.) , *Gender and citizenship in transition* (pp.84-117) . New York: Routledge.
- Hooyman, N., & Gonyea, J. (1995) . Feminist perspectives on family care: Policies for gender justice. New York: Sage.
- Jensen, P. H. (2010) . Impact of local welfare systems on female labour force participation and social cohesion, collaborative project (FELAWESOC) : Small or Medium-Scale Focused Research Project (FP7-SSH-2010-2.1-2) . (Work Programme Topics Addressed: Local welfare systems Favouring Social Cohesion)
- Keck, W., Klenner, C., Neukirch, S., & Saraceno, C. (2013) . Caregiving and paid work in Germany: The impact of social inequality. In B. Le Bihan, C. Martin & T. Knijn (Eds.) , *Work and Care Under Pressure. Care Arrangements Across Europe* (pp. 79-101) . Amsterdam: University Press.
- Knijn, T., & Kremer, M. (1997) . Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship. *Social Politics*, 4 (3) , 328-361.
- Knijn, T., Martin, C., & Le Bihan, B. (2013) . Workers under pressure and social care arrangements : A research framework. In B. Le Bihan, C. Martin & T. Knijn (eds) , *Work and Care Under Pressure: Care Arrangements Across Europe* (pp. 7-31) . Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kröger, T. (1996) . Policy-Makers in Social Services in Finland: The Municipality and the Atate. *The Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5, 62-68.
- Kröger, T. (1997) . Local Government in Scandinavia: Autonomous or Integrated into the Welfare State? In J. Sipilä (Ed.) , *Social Care Services: The Key to*

- The Scandinavian Welfare Model* (pp. 95-108) . Aldershot, England: Avebury.
- Kröger, T. (2011) . Defamilisation, dedomestication and care policy: Comparing childcare service provisions of welfare states. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31 (7/8) , 424-440.
- Kröger, T., & Leinonen, A. (2012) . Transformation by stealth: The retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community*, 20 (3) , 319-327.
- Kröger, T., & Yeandle, S. (Eds.) (2013) . *Combining Paid Work and Family Care: Policies and Experiences in International Perspective*. Bristol: Policy Press.
- Kröger, T., & Yeandle, S. (2013) . Reconciling Work and Care: An International Analysis. In T. Kröger & S. Yeandle (Eds.) *Combining Paid Work and Family Care: Policies and Experiences in International Perspective* (pp. 3-22) . Bristol: Policy Press.
- Kröger, T., Anttonen, A., & Sipilä, J. (2003) . Social care in Finland: Weak and strong universalism. In A. Anttonen, J. Baldock & J. Sipilä (Eds.) , *The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations* (pp. 25-54) . Cheltenham: Edward Elgar.
- Kuronen, M., Kröger, T., Pfau-Effinger, B., Frericks, P., Och, R., & Schwindt, N. (2014) . Local welfare systems supporting female employment in 11 European cities. FLOWS Working Paper No. 25.
- Larkin, M. (2009) . Life after caring: The post-caring experiences of former carers. *British Journal of Social Work*, 39 (6) , 1026-1042.
- Leitner, S. (2003) . Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5 (4) , 353-375.
- Leitner, S., & Lessenich, S. (2007) . (In) Dependence as dependent variable:

- conceptualizing and measuring 'de-familization' . In J. Clasen & N. A. Siegel (Eds.) , *Investigating Welfare State Change: The 'Dependent Variable Problem' in Comparative Analysis* (pp. 244-260) . Cheltenham: Edward Elgar.
- Lewis, J. (1992) . Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2 (3) , 159-173.
- Lewis, J. (1997) . Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts. *Social Politics*, 4 (2) , 160-177.
- Lewis, J. (2002) . Gender and welfare state change. *European Societies*, 4 (4) , 331-57.
- Lewis, J., & Ostner, I. (1994) . Gender and the evolution of European social policy (Working Paper 4) . Bremen: Centre for Social Policy Research, University of Bremen.
- Lewis, J., & Hobson, B. (1997) . Introduction. In J. Lewis (Ed.) , *Lone Mothers in European Welfare Regimes: Shifting Policy Logics* (pp. 1-20) . London: Jessica Kingsley.
- Lister, R. (1990) . Women, economic dependency and citizenship. *Journal of Social Policy*, 19 (4) , 445-467.
- Lister, R. (1994) . 'She has other duties' : women, citizenship and social security. In S. Baldwin & J. Falkingham. (Eds.) , *Social Security and Social Change: New Challenges* (pp. 31-44) . Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Lister, R. (1995) . Dilemmas in engendering citizenship. *Economy and Society*, 24 (1) , 1-40.
- Liu, M. C., & Osawa, M. (2013) . Partner-care in the East Asian system: combing paid work and caring in Japan and Taiwan. In T. Kröger & S. Yeandle

- (Eds.) Combining Paid Work and Family Care: Policies and Experiences in International Perspective (pp. 201-218). Bristol, England: Policy Press.
- Mathew Puthenparambil, J. M., Kröger, T., & Van Aerscht, L. (2015). Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: The rich, the poor and the sick. *Health and Social Care in the Community* (on line). DOI: 10.1111/hsc.12245
- Mätzke, M., & Ostner, I. (2010). Introduction: Change and continuity in recent family policies. *Journal of European Social Policy*, 20 (5), 387-98.
- Morgan, S. P., & Taylor, M. G. (2006). Low Fertility at The Turn of The Twenty-First Century. *Annual Review of Sociology*, 32, 375-99.
- Morris, M. (1996). Gender-based analysis: when, how and why. An introductory manual on gender based analysis for policy analysts and managers at HRDC. Canada: Perspectives Research and Communications for Human Resources Development Canada Women's Bureau.
- O'Connor, J. (1993). Gender, class and citizenship in the comparative analysis of welfare state regimes: theoretical and methodological issues. *British Journal of Sociology*, 44 (3), 501-518.
- OECD (2016). Employment rate (indicator). doi: 10.1787/1de68a9b-en (Accessed on 20 October 2016) Retrieved from: <https://data.oecd.org/emp/employment-rate.htm>
- OECD. Stat. Extract. (2010). Labour Force Statistics (MEI) : Harmonised unemployment rates and levels (HURs). Retrieved from <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=251>
- Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women, United Nation (2002). Gender mainstreaming an overview. NY: UN. Retrieved from: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/e65237.pdf>

- Official Site of Sweden (2016) . 10 things that make Sweden family-friendly. Access October 25, 2016, from: <https://sweden.se/society/10-things-that-make-sweden-family-friendly/> (Last updated: 21 June 2016)
- Orloff, A. S. (1993) . Gender and the social rights of citizenship: the comparative analysis of gender relations and welfare states. *American Sociological Review*, 58 (3) , 303-328.
- Pascall, G. (1997) . Caring. In *A new feminist analysis* (chapter 3) . London: Routledge.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008) . Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18 (3) , 246-59.
- Peng, I. (2008) . Welfare policy reforms in Japan and Korea: Cultural and institutional factors. In W.v. Oorschot, M. Opielka & B. Pfau-Effinger (Eds.) , *Culture and Welfare State: Values and Social Policy in a Comparative Perspective* (pp. 162-84) . Cheltenham: Edward Elgar.
- Pfau-Effinger, B. (1998) . Gender Cultures and The Gender Arrangement-A Theoretical Framework for Cross-National Comparisons on Gender. *Innovation: the European Journal of Social Sciences*, 11 (2) , 147-166.
- Ranci, C., & Sabatinelli, S. (2014) . Long term and child care policies in Italy between familism and privatization. In M. Leon (Ed) , *The Transformation of Care in European Societies* (pp. 233-55) . Basingstoke: Palgrave.
- Rostgaard, T. (2002) . Caring for Children and Older People in Europe-A Comparison of European Policies and Practice. *Policy Studies*, 23 (1) , 51-68.
- Saraceno, C. (2010) . Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20 (1) , 32-44.
- Sainsbury, D. (1996) . *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge:

Cambridge University Press.

Seeleib-Kaiser, M. (2010). Socio-economic change, party competition and intra-party conflict: The family policy of the grand coalition. *German Politics*, 19 (3-4), 416-28.

Statistisches Bundesamt (2013) Statistisches Jahrbuch 2013. Available at: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2013.html>

Ungerson, C. (Ed.) (1990). *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. London: Harvester Wheatsheaf.

Williams, F., & Brennan, D. (2012). Care, Markets and Migration in a Globalising World: Introduction to the Special Issue. *Journal of European Social Policy*, 22 (4), 377-391.

Yeandle, S., & Kröger, T. (2013). Reconciling work and care for older parents, disabled children and partners: convergent or separate paths in three welfare systems? In T. Kröger & S. Yeandle (Eds.), *Combining Paid Work and Family Care: Policies and Experiences in Nordic, Liberal and East Asian Welfare States* (chapter 12). UK: Policy Press.

■ 附件 瑞典兒童家庭政策

(資料來源：Official Site of Sweden, 2016；訪問稿 2016.10.25)

一、針對準母親的照顧

在懷孕時，準媽媽接受免費或贊助的生育相關準備課程（如呼吸技巧）包括支持團體。針對從事須提重物、或在危險環境工作者，提供額外懷孕福利，如在懷孕期間領八成薪 60 天產假，延續到產前 11 天，由瑞典社會保險局支付。瑞典很多醫院也提供新媽媽和其配偶產後住宿旅店，二至三天含伙食，因此護理人員可以監測母親狀況以提供產後照顧。

二、長時間的親職假

瑞典的親職假，且是以八歲以下的兒童個別計算，如一個兒童的親職假有 480 天，因此父母如果有一位以上八歲以下之幼兒，則可以申請一位兒童的，但和其他的幼小孩子分享使用。針對雙胞胎及以上者，會有外加親職假，但非以雙倍計算。針對同志關係的家庭或子女是領養的都通用。

在瑞典的兒童托育中心，只允許針對一歲以上的幼兒，因此大部分使用托兒中心服務者為 18 個月以上之兒童。

母職或父職假計算單位用天計算，如也有計算到 0.5 天、0.25 天，

其中 390 天八成薪水的親職假，有最高薪資的限制，以 2015 年為例，最高薪資為 37,083 SEK，剩下的 90 天，每人相同，以一天 180SEK 計算；針對沒有工作者，以此計算。除了親職假，針對有八歲以下幼小孩子，父母也可以申請減少 25% 的工作時數，但減少的工時是不給薪。如果是自營的公司或個人，八成薪資以過去六個月的所得計算。

三、以性別平等設計的親職假

為了促進性別平等，480 天有領薪的親職假，表示父親母親各有 240 天，但每一位

各保留兩個月不能挪給另一方使用。目前在瑞典，父親幾乎使用所有親職假的四分之一（120 天），為了促進性別更平等，因此如果 270 天（9 個月）當中父親和母親是平均分配使用，則提供額外的補助。

四、兒童津貼

所謂的兒童津貼（Child allowance），針對 16 歲以下的兒童，一個月一個兒童 1050 SEK，如果家中有兩位，外加 150 SEK，如果三位外加 614 SEK，亦即家中若有三位 18 歲以下兒童，一個月的兒童津貼共有 $1050+1050+1050+614=3754$ SEK。如果有六個子女，則外加 4,114 SEK（ $6,300+4114$ SEK）。值得注意的是，瑞典使用「兒童津貼」一詞，而非「兒童照顧津貼」，因為父母可以用這筆錢購買兒童的衣服、食物等。

五、平價的托育服務

兒童托育的費用有一個最高所得的計算，如果超過此最高所得，托育費都一樣，0-2 歲，一個月托育費最高為 1,287 SEK，子女越多付的越少，第四個子女就完全免費，針對低所得者也是免費。針對 3-6 歲幼兒托育費最高為 750 SEK，如果有第二個，為 300 SEK。

六、免學費教育

針對六歲學前教育，早上七點父母就可以把小孩送到學校，包括在學校使用早餐，下午 1.40 放學，可以留在學校，學校有提供課後照顧，一個月的學前費用是 875 SEK，如果是第二孩子，學費也會減免。針對 6-19 歲（到高中），免學費，包括提供免費午餐，大學教育也是免學費，包括來自 EU 國家的學生。

七、提供免費公車給推娃娃車者

針對有用兒童推車的乘客，使用公共汽車不用付車費，也可以使用車身中間比較大的車門上下車。

八、有薪資臨時兒童生病照顧假

家中兒童生病了，職場也會提供八成薪資的照顧假，一年一個 12 歲以下的小孩可以有 120 天的臨時照顧假，子女在 12-15 歲，則需要醫生證明。如果 19 歲以下子女生病或障礙超過六個月，有額外津貼。

國家圖書館出版品預行編目資料

性別與健康、醫療與照顧 / 楊幸真等作；行政院性別平等處編
一版。-- 臺北市：行政院，民 107.12

面；公分 -- (性別意識進階教材系列叢書)

ISBN 978-986-05-7809-6 (平裝)

1. 性別平等 2. 性別研究 3. 醫療服務

544.7

107021301

【性別意識進階教材系列叢書】

性別

健康、醫療與照顧

出版者：行政院

編著：行政院性別平等處

內文作者：楊幸真、成令方、林奕萱、徐志雲、陳牧宏、
黃偉烈、黃璨瑜、劉弘仁、衛漢庭、顏如佑、
顏正芳、周月清（依教材順序）

美術編輯：勝利數位設計印刷中心（庇護工場）

印刷：勝利數位設計印刷中心（庇護工場）

地址：臺北市中正區忠孝東路 1 段 1 號

網址：<http://www.gec.ey.gov.tw>

（本書同時刊載於行政院性別平等會網站）

電話：02-3356-6500

版次：一版

發行日期：中華民國 107 年 12 月

G P N：1010702314

I S B N：978-986-05-7809-6

