

# 為什麼醫療需要有性別觀點？

成令方

高雄醫學大學性別研究所

## 前言

為什麼醫療需要有性別觀點？很多醫界專家認為醫療只要有醫療觀點就足已，而質疑性別觀點有何用？這個問題造成的爭議特別凸顯在當衛生署於民國 96 年 8 月 17 日修訂「醫師執業登記及繼續教育辦法」第 8 條，規定醫師換照時必須修滿課程十八點，課程內容包括醫學倫理、醫療相關法規、醫療品質等之積分數，還包括「感染管制」及「性別議題」之課程。於是引發部分醫師的不滿與質疑。

某醫學院退休教授投書報紙，認為要求修習性別課程才允許換照，「不只是對醫師的侮辱，也間接暗示教育的失敗」。該教授把性別教育窄化成防止「醫療性騷擾」，認為國人「把少數敬業醫師的完整診療行為誤解成性騷擾」。該教授對性別教育的誤解其實代表不少醫師的看法。

這篇文章就是要說明醫療融入性別觀點，其實除了會增進醫護之間的平等關係外，還可以尊重每一個病患的特殊性，提升醫療效果，達到健康照護的目的。換言之，若醫療是「性別盲」則會對醫療使用者造成傷害。

本文希望從三個方面探討醫療與性別的關係。首先，我們說明婦女健康運動長年來的倡議，加上聯合國推動「性別主流化」，已經形成了世界

潮流。其次，我們將探討醫學研究與醫學知識的性別面向，讓大家理解到醫師必須具備性別生理病痛的差異知識，否則會造成性別健康的不平等。第三，我們將討論臨床的醫病互動需要有性別敏感度，否則會造成病患的不滿。

## 打開醫療性別的眼

從 1970 年起至今已四十餘年之久，聯合國以及北美澳洲以及歐盟等國家的衛生部門都認識到，社會上的性別不平等會影響個人的健康，雖然這是有根有據的事實(evidence-based facts)，然而在二十一世紀以前一直為醫界所疏忽。醫學仍舊充滿了性別盲(gender-blind)。在醫學知識的生產、醫學教育和為民衆的服務，傳統上都是從男性的觀點來思考、執行的。醫學在許多的方面仍舊看不見性別的差異，而且醫師個人的價值觀會影響治療的方式以及醫療使用者的健康結果。一個充滿性別盲的醫學教育，也會對醫療使用者產生嚴重負面的影響。

### 1. 性別作為一種文化

性與性別看起來似乎是很相像的兩個名詞，但所指的是不同的意涵，從英文來看性(sex)與性別(gender)是完全不同的兩個單字，其中性(sex)所指的是生物觀點上的性；而性別(gender)則是社會和文化造成的，社會和文化塑造出一個人要如何去扮

---

Title: Why Gender Perspectives are Needed in Medical Care?

Author: Ling-Fang Cheng, Graduate Institute of Gender Studies, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan

Key Words: gender mainstreaming, gender-specific medicine, gender sensitivity, LGBT-friendly medicine

通訊作者連絡處：成令方，高雄醫學大學性別研究所，高雄市三民區十全一路 100 號。

E-mail:lingfang@kmu.edu.tw

演自己的性別角色，最後成長為(becoming)女孩或是男孩，這是性別(gender)。所以我們是出生為女性或男性，但學習作為一個女孩或男孩，最後成長為一個女人或男人。就如西蒙波娃所說的：「一個人不是出生為女人，而是變成一個女人。」男人、女人都有性別 (gender)，我們的自我認同也都是性別化的(gendered)。所以男女之間雖然有所差異，但男男，女女之間也有差異，每個人都是不相同的個體，並無優劣高下之分[1]。

男女的社會化過程中，接受不同的性別文化的養成，與健康有直接的關係。例如，衛生署 2008 年的統計，女性較男性更多使用抗憂慮劑，也較多使用自殺通報關懷系統，但真正採取行動自殺死亡的男性卻是女性的 2.2 倍。這是一個性別的議題，在傳統性別關係中，女性在家庭中權力與丈夫相對弱勢，家庭負擔普遍沉重，雇用的工作性質普遍無成就感，服用抗憂鬱症的女性是男性的 1.4 倍，使用自殺通報系統的是男性的 2 倍。男性認為養家是男子漢的責任，工作繁忙忽視身體健康，遇到感情挫折又沒有能力表達，愛面子且不願尋求協助，於是造成男性自殺率高於女性[2]。

## 2. 性別主流化(Gender Mainstreaming)

自 1995 年聯合國世界婦女大會宣布「性別主流化」政策以來，國際社會包括聯合國、WHO、APEC 及歐盟國家無不採取各種政策實踐性別主流化。台灣因被摒除於聯合國之外，才比國際晚十年，在 2005 年開始把性別主流化納入政策。「性別主流化」的全球性或個別國家的策略，以性別平等為核心主流，重新配置具有性別敏感度觀點的政策、立法、預算與資源，並落實於勞動、福利、教育、環保、警政、醫療、經濟、國防等政策內涵，以達到性別平等。

何謂性別主流化？「世界衛生組織」(WHO) 為其提供了定義：(1)評估任何計畫的行動對女性和男性的影響過程，包括在任何領域以及各個層級的立法、政策或實施方案；(2)這是一個將女性與男性所關注的，以及將他/她們的經驗融入所有政治、經濟和社會的政策和程序的設計、實施、監測、以及評估的策略；(3)當社會達到性別主流化，男女不平等便不會持續存在。性別主流化的終極目標是要達成性別平等[3]。在台灣推動「性別主流化」

政策，受到不少阻力，還需要其他的助力才能推動。這時「性別平等教育法」的通過成為重要的推手。

## 3. 性別平等教育法

2004 年頒佈的《性別平等教育法》是在婦女團體積極奔走之下，在立法院不分黨派的支持下順利通過的。其中第 15 條「教職員工之職前教育、新進人員培訓、在職進修及教育行政主管人員之儲訓課程，應納入性別平等教育之內容」。這一條的規定是醫護人員繼續教育需要有一門性別課的法源基礎，根據這法律的要求，醫療界繼續教育必須要有「性別」學分，以及醫學相關科系需要教授「性別」課程。這就是醫界需要修習這門課的來源。

## 生理性別的差異攸關診斷治療的成效

生理學教科書中經常出現以「標準」的人類數據(Standard Human Data)作為討論生理反應的起點，「70 公斤的一位健康、年輕男性，心輸出量每分鐘五公升」的說法。生理學家樓迎統教授質疑：「70 公斤的男性是否可以代表所有的人？難道男性與女性的生理狀況是完全一樣的嗎？」[4] 若不一樣，那麼醫師們在診斷與開立處方時需要特別注意了。

樓迎統舉例說，「止痛劑在女性體內代謝速率只有男性 60%，使用相同劑量會變成過高，但因大多數藥物開發都由男性測試，造成女性對藥物產生不良反應是男性的 2 倍；用男性測試的原因是因女性心血管疾病較少、荷爾蒙會周期性變化及擔心影響生育，不過現在新藥都規定要讓兩性測試。」[5]。

冠狀動脈心臟疾病(CHD)的性別差異的案例則是更加明顯。以心肌梗塞為例，小於 50 歲的女人罹患心肌梗塞的死亡率比同年齡層的男人多出 24%，因為心肌梗塞的主要症狀傳統上被描繪為胸痛、左臂轉移痛、上腹痛，但這些症狀主要屬於男人，而女人的症狀並非如此，新的研究顯示女人的心肌梗塞 58% 有喘不過氣，55% 虛弱，43% 有不尋常的疲倦，39% 有冷汗，39% 覺得暈眩，由於這些差異使得男人比女人在急診時有較高接受檢查及治療的比例。

根據《康健》雜誌 2010 年整理國際醫學新聞的結果還有更多性別差異的生理反應，這些應該是醫師教育基本必備的知識：例如，「冠心病的降血脂藥物治療效果女性比男性好，但女人接受血管支架或繞道手術的好處不如男性。女性再發第二次心臟病和中風的機率也比男性高。」、「女性有自體免疫問題得的比例是男性的 2~7 倍。紅斑性狼瘡女人比男人高 9 倍。」、「女人比男人容易從麻醉中甦醒，且對麻醉後發生噁心、疼痛比例高。」、「女人比男人易得骨質疏鬆、骨關節炎，75%~80% 髖關節骨折發生在女性。」、「20~60 歲婦女膽結石發生率是同齡男性的 3 倍。」[6] 膽結石之類的生理現象，若醫界能夠與社會與性別研究相互結合，說不定還可以在其中找到社會因素的解釋。例如：高醫葛應欽教授研究團隊找到台灣婦女得肺癌的社會原因是烹飪油煙造成的，因此，揚名國際。這是醫學研究對於婦女健康的重要貢獻。

根據「美國國家衛生研究院指出，女性憂鬱症者約為男性的兩倍，常以退縮、孤立、對工作和人際關係失去興趣的症狀呈現；但是男性和女性憂鬱症最大的不同在於，男人常以動怒生氣、酗酒、濫用藥物，甚至家暴等攻擊行為來掩蓋憂鬱情緒。研究也指出可能有近七成男性未被診斷出憂鬱症，因此憂鬱症並非女性所獨有」[7] 憂鬱症與睡眠障礙這些徵狀現象，很明顯與女人在社會中的性別角色有關，社會給予女人的多重要求與壓力容易造成憂鬱和睡眠障礙，而男性則因為社會給予優勢的位置，加上男子漢的氣質的養成愛面子不服輸，於是以攻擊性的方式展現憂鬱症狀。

### 臨床醫療性別敏感的重要性

看診的性別不尊重，多年來一直為人病話。2007 年 11 月 16 日某報以整版的版面報導「如此醫療，令人不堪」。報導中指出，有男醫師對年輕女性病人的乳頭濕疹，揶揄的說「是不是男朋友親親的關係啊?!」，對話中不經意的「性暗示」顯示對於女性的不尊重，於是標題出現「被指私生活很隨便，驚愕又受辱」。還有一則報導是，女性抗議體檢的安排缺少性別敏感，「只穿薄衫，叫我排役男隊伍中」。若男生在泌尿科看診，也未必願意脫

下褲子給男醫師以外的人看，其實醫護人員都應該要尊重個人對身體的個別感受，不要以為只有女人在乎身體的隱私，而男人都不在乎暴露自己的身體。

報導中的另一案例則是「檢查心電圖竟將連身裙撩起」，說明醫師在例行檢查中忽視了社會行為的性別尊重。婦產科林靜儀醫師則提供簡單的改善建議，她指出：「我們當然知道醫務人員並不是故意的，也知道這可能只是『慣例』而已，對男女病患的處置方式是一樣的。然而女病患幾近於赤身裸體進行檢查的狀態，其實僅來自於醫務人員沒有思考過，女病患在這個赤身裸體與男檢驗師相處一室的過程中，她會不安與尷尬，而男檢驗師可能也處於這樣的尷尬情緒當中。假如檢驗師能感受到性別差異下對於身體暴露的不自在，而提供一條毛巾給病患遮蓋下半身，這個小小動作可能就會使病患和醫務人員感覺較為自在。」[8]。

林醫師還指出：「在醫療中面對到性別差異的情況也不只限於男性對女性、女性對男性而已，甚至是女性對女性、男性對男性也可能因為不夠性別敏感，而出現性別環境不友善的感受。例如：一位女病患在做陰道超音波的檢查時，病患兩腳岔開而此時女清潔工進來倒垃圾，病患同樣會有被羞辱而不自在的感受，這不僅只是同性別就沒關係的。所以，當我們對兩性的性別與背景做不足夠的思考時，不友善的環境就會產生。我們需要大量的經驗和背景來考量，來營造一個比較友善的環境。」[8]。

台灣社會對同志的尊重在過去多年來的努力，已經開始慢慢被年輕一代的學生接受了。但是年長的醫師、教授在這方面的敏感度尚需要多多學習。一位醫學系的學生目睹的二個案例，可以說明醫界的「性別盲」。

案例一：肺結核與肛門鬆弛、撕裂？

某醫學院的病理學大堂課，一位曾任相關病理協會理事長的教授，在描述結核病的診斷時，敘述到近年來因感染 HIV 而引發肺結核的罹病率升高時，有很多病人並不知道自己感染了 HIV，「常常搞了老半天，才知道他是患有 HIV，不過我們總不可能每個結核病人一進來就檢查他的肛門吧！」(全班大笑)

### 案例二：女醫學生對女同志的恐懼

醫學生與心臟內科醫師到超音波室簡介心臟超音波檢查，男醫師在檢查女病人的時候，要有女性護理人員陪同在檢查室。於是積極的見習醫學生就討論到如果是女醫師檢查女病人或男病人需不需要有其他同仁陪同。某位女醫學生表示，女醫師檢查病人應該 OK，可是如果是檢查女同志的話呢？一群女醫學生熱烈的討論著，有位異性戀的女醫學生就說：「拜託，若她脫了衣服，覺得尷尬的是我吧！」[9]。

上面二個案例，都呈現了對同志錯誤的刻板印象。HIV/AIDS 的感染與身體接觸的行為有關而不是這人的異性戀或同性戀的身份認同。其實，異性戀的男女都可能感染 HIV/AIDS，特別是異性戀良家婦女因丈夫而感染到 HIV/AIDS 的案例容易被忽視。大眾對「同志」的愛情不理解，充滿錯誤的看法，這也顯示在醫學生或醫護人員身上。大家都誤認同志是「濫交」，只要是同性就會見一個愛一個，其實同性戀與異性戀一樣，找尋感情對象都是有其選擇性的[9]。

理解同志就醫的經驗，在台灣還剛開始起步。台北市女性權益促進會於 2007 年出版了一本《女同志健康手冊》收集了一些女同志就醫遇到的困難經驗，很值得對這議題關心的醫護人員參考。在英美，這方面的資訊相當豐富。根據一項美國的研究，看診的醫療使用者大約有 6-7% 是非異性戀者。下面是研究者 Kiss 提出對醫師問診的建議 [10]：

1. 使用具有性別敏感的語言。若醫師不能確定求診者是同志，可以使用性別中立的語言，例如：「你有伴侶嗎？」，「你最近有沒有性關係？」，「當你需要支持時，誰是你生活中最重要的人？」這都是沒有異性戀預設的語言，而不要問「你結婚了沒有？」這是異性戀的預設。
2. 若求診者有家長陪同，有一些欲言又止，好像想說什麼，又一時不能說，醫師可以先請家長到外面等候，再用很鼓勵的口氣要求診者按著自己的步調慢慢說：「我很願意談談你想談的任何議題，請慢慢說吧！我知道要讓異性戀、同性戀，或雙性戀談性都是很難以

啓齒的事，你不要擔心，我都會尊重病人的個人選擇。你想談談嗎？」

3. 若需要理解病人的病史，特別需要理解性行為，醫師可以向病人解釋：「為了能夠幫助我評估你所需要的醫療協助，給你精確的診斷，我需要知道你的生活方式，性行為。每次我問這樣的問題，任何人，不管是異性戀、同性戀，或雙性戀都不太喜歡回答。但請相信我，我對你的生活方式或任何行為都會尊重，也會維護你的隱私，這是醫師的職責。這些是很重要的訊息，我要盡力為你提供最好的服務。」
4. 當病人透露出他們的性關係不是異性戀的、其家庭關係與性身份等也不是異性戀的個人訊息，醫師應當傳遞出正面接受、沒有偏見、並令人安心的訊息給病人。

## 結語

由於文章的篇幅限制，在此不能多談醫療團隊中的性別議題，也不能多談醫療場域中的性別歧視與性騷擾。上面的三個議題，就是要讓讀者理解，醫療專業者的性別教育，不是謝教授所言的性騷擾，而是還有生理學的性別差異的知識以及臨床需要有的性別敏感度，這都是關心病人健康的好醫師需要具備的知識與敏感度。醫療的性別敏感是邁向友善醫療的第一步。

## 推薦讀物

1. 成令方、王秀雲、游美惠、邱大昕、吳嘉苓等合譯，成令方總校定：性別打結：拆除父權違建。Gender Knot: Allan G. Johnson, Unraveling our patriarchal legacy, 1997。台北：群學出版社出版，2008。
2. 行政院主計處：社會指標統計年報 2009:48。
3. WHO: Glossary, [http://www.euro.who.int/GEM/strategy/20070426\\_7](http://www.euro.who.int/GEM/strategy/20070426_7), 2007。
4. 樓迎統：性別差異觀點融入基礎醫學教育。性別平等教育季刊 2008;43:36-7。
5. 樓迎統：知所長、避其短兩性平權不難。展望春季，國科會科教處。2006，<http://web1.nsc>。

- gov.tw/ct.aspx?xItem=7544&ctNode=39&mp=1。
6. 張曉卉：臺灣需要更完整的婦女健康照護。康健雜誌 2010;139:16。
  7. 楊仁宏、成令方：「性別主流化」融入醫學課程的規劃。性別平等教育季刊 2008;43:19。
  8. 林靜儀：建立沒有性別敵意的醫療環境。性別平等教育季刊 2008;43:45。
  9. 張廷碩、成令方：這樣的身教與言教！一個實習醫學生的經驗。性別平等教育季刊 2008;43:50。
  10. Kiss A: Does gender have an influence on the patient-physician communication? *Journal of Men's Health Gender* 2004;1:77-82.