

性別平等與社會發展：談婦女健康

Gender Equity and Social Development: Women Health as Example

張珣（台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所副教授、台灣大學人口與性別研究中心婦女與性別研究組研究員、中華心理衛生協會常務監事、台北市雙胞胎協會常務理事）

Chueh Chang (Associate Professor, Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University; Researcher, Division of Women and Gender Research, Population and Gender Studies Center, National Taiwan University; Board Member, Mental Health Association in Taiwan; Board Member, Taipei Twins Association)

■摘要 Abstract

本文主要針對國外推動『性別主流化』的政策，簡述國內外婦女健康政策發展的各種狀況。首先介紹『性別主流化』的緣起與內涵，以及聯合國所提出的『性別主流化的婦女健康』政策架構。接著則簡述我國『婦女健康政策』的制訂過程，並對目前婦女健康政策提出需要改進的部分，包括需留意「醫療化」、「商品化」與「議題反挫」現象；以及建言，包括落實性別平等教育，以及充權婦女參與制訂健康政策，與確實執行各種方案或政策的性別影響評估。

This article based on United Nation “gender mainstreaming” policy to introduce the national (Taiwan) and international situations on the development of women health policy. It started with introducing the history and content of gender mainstreaming, and then listed the related United Nations policies. It also described the development of woman health policies in Taiwan, and pointed out the flaws in them, i.e medicalization, commercialization, and backlash. In the end, the author provided some suggestions for the gender mainstreaming movement in Taiwan, i.e gender equity education, gender impact analysis, empowerment.

關鍵詞keywords：性別平等、婦女健康
gender equity, women health

■聯絡地址：台北市徐州路17號6樓603室

■聯絡電話：(02) 3322-8061

■e-mail：chueh@ntu.edu.tw



■壹、前言

行政院婦權會於2005年11月18日發文，要求行政院各部會推動性別主流化實施計畫，包括性別意識培力、組織再教育、性別統計、性別分析、性別預算、性別影響分析。為什麼會有這種行動？其來由為何？行政院衛生署國民健康局在2008年1月也在衛生署的全國行政會議，提出婦權會通過的「婦女健康政策」，以下簡述「性別主流化」與婦女健康發展的國內外狀況，並提出我國在婦女健康發展中需留意「醫療化」、「商品化」與「議題反挫」現象。

■貳、為什麼要重視婦女的健康（張珣，2000）

長期以來，受到文化與制度的建立，都是男性主導，造成對女性不論在接受教育機會、外出有酬勞的工作機會，甚至法律規定上都出現嚴重的性別歧視，幾乎各種政策都充滿性別盲、性別不敏感、性別歧視、性別偏見、性別角色刻板印象，健康政策也不例外（Doyal, 1997；Boston Women's Health Book Collective, 2006）。長期以來，都是以「婦幼衛生」為主，沒有思考「女性健康」的需求，所呈現婦女健康或疾病的資訊是片段的，在罹病率與死亡率對男與女的差異上也總以男性經驗為主、或認定是天生生物上的影響，從未進一步思索社會建構婦女的雙重角色、雙重標準、對女性的不當制度與壓迫、資源不足等才是致病原因（張珣，2000；成令方，2008）。社會形成對性別的偏差也包含以男性為研究中心、以男性經驗過度類推於女性等，甚至醫療場所的不友善、性騷擾，醫療保健服務系統的決定缺少

婦女的參與，又只以醫療模式出發，是醫療政策，而非融合女性主義觀點、社會、心理、文化、經濟、政治、與生物多元考量的健康政策（張珣、陳芬苓，2000）。近十年來，在婦女團體與婦女研究學者的倡導與實證研究下，以及政府正式參與APEC與WTO，需要回應APEC女性領導人論壇的建議，開始陸續接受行政院婦權會的正式要求，逐步建立性別統計、進行性別分析、設立性別預算、從事性別影響評估。而性別意識培力就是性別平等教育。婦女健康政策也經歷這過程正式產生。（婦權基金會，2008）

■參、性別主流化的緣起： （張珣、劉仲冬、張菊惠， 2004；UN，1998）

隨著60年代人權運動、婦女運動的開展，婦女健康運動在1970年代初期於歐美被提出，主要是有鑑於醫療資訊以及醫療政策長期以來多為全面被控制於男性權威主導的醫療體系中，充滿對女性歧視與傷害，形成對女性提供或分配的資源非常不足，婦女需要的支持系統充滿鴻溝，而因為性別所引起的暴力問題與歧視導致婦女心理不健康。自此，各國展開一連串的婦女健康運動、婦女健康研究與婦女健康政策改革。西方婦女健康運動當時對社會的影響，如學者Ruzek在90年代提出有：一、態度改變與增進醫病溝通：婦女改變態度，認為自己應有更多對健康的自我控制，與知道什麼是好品質的醫療照顧，此外也改變醫病關係；二、改變健康服務體系：改變婦產科的處置過程，如設有育兒課程、嬰兒與母親同房，提倡哺餵母乳，也在安寧病房中同時亦對照顧者關心；

三、減少醫療體系中的性別歧視（sexism）；四、控制危險藥物與器材；五、促使政府覺察婦女健康議題的重要（recognize women's health issues）；贊助研究、會議、發現大眾需要、形成行動；六、婦女與健康政策的制定。

而聯合國也因此受到全球婦女運動的壓力，開始重視婦女的議題，特別訂定1975年為國際婦女年後，發現各種有關婦女的議題在各國是問題重重，需要更多有計劃的關注與處理，因此聯合國繼續於1976-1985年提出「婦女十年」計畫。

多年來，婦女健康的概念、議題逐漸在國際間散發開來，從社會、經濟、生態環境、政治環境等各個層面關注婦女健康，而非僅限於生物醫學部門，以整體性的視角探討婦女健康。這是全球性的趨勢，因為社經政治與醫療科技的變化，影響全人類生活甚鉅。其中又以對婦女健康的影響最為劇烈，因為女性的生理特質及社經政治位置，使其最易受到波及，卻又最容易被忽略。當健康被視為一項重要人權之際，一個國家對婦女健康權益保障的職責也因之突顯出來。

婦女健康權益受到重視，受到婦女運動、女性組織及女性政治參與極大的影響。當國際婦女開始組織起來，除了對政經、教育等權益提出要求外，亦開始關心健康的權益。而婦女的健康議題，除了兩性均會面臨的環境污染、壓力、疾病防治和醫療相關問題外，更面臨婦女特有的健康議題，即生育健康、性與性病、心理疾病、家庭暴力、健康行為障礙、職業病、照顧者健康、以及女性長壽化所面臨的各種問題。1995年於北京召開第四屆婦女大會與NGO婦女論壇時，則發現僅有策略是不夠的，因此積極提出12個行動綱領（platform for action, PFA），「健

康」是其中1項；並要求各政府具體行動回應，每年在3月聯合國召開婦女地位委員會時能有各會員國的報告，檢視各國具體的行動。婦女健康被安排於1999年討論（張珪，2000）。

而負責婦女議題的聯合國婦女地位委員會相當認真，為了在1999年3月提出婦女健康議題，甚至在1998年9至10月特別召開專家會議（expert group meeting），提出以「婦女與健康：性別觀點為主流於健康領域中」（women and health: mainstreaming the gender perspective into the health sector）（UN，1998），會中詳細說明國家健康政策的設計中融入性別觀點的架構。以聯合國「消除一切對婦女暴力」公約與消除「性別框架」下的暴力，是性別社會發展的基礎。

■肆、聯合國提出「性別主流化的婦女健康」政策架構

「性別主流化」（gender mainstreaming）並非一個新的用詞，這與早期婦女發展與整合是一個脈絡，但由單純提出婦女健康，現在加入「性別」，也代表不是只單純談婦女問題而置男性於事外，剖析問題時需同時考量男女與其責任；甚至納入男女一起來思考並採行解決方法，也便是男女共同參與政策決定、規劃、評估，包括各階層，地方、中央與全球。是一個多元、多向、互動的過程。茲將聯合國提出「性別主流化的婦女健康」政策架構簡述如下：（張珪，2000；UN，2002）

一、釐清觀念：何謂生理性別（sex）、社會性別（gender）與健康關係
生理性別指的是生物生理影響健康與疾



病，例如婦女因其特殊生殖與生育功能，需要有更多保健與醫療資源的可及性、可近性、友善性，在健康上的照護，以及因生殖或生育導致身體的疾病，都影響女性生活品質，都需要特殊關注。

社會性別指的是社會建構形成對女性的排斥與歧視，甚至沒有資源的現象。例如來自各種制度、經濟、家庭、社區等的分工，女性擔負重任卻沒有支持資源，甚至社會不公平現象與性別歧視、對婦女身心健康影響甚鉅。

性別不平等對婦女健康的影響是暴力、隔離、忽視與偏見形成婦女身、心不健康。而性別不平等對男性健康的影響是意外事件、暴力行為、酗酒等對男性身心傷害。

二、健康服務中的性別偏差

提供的醫療服務過於重視生物醫學，且缺少對女性需要的重視，重治療輕預防，呈現被動等待，責備受害者（女性）的照護系統。例如醫院對待未婚者婦科檢查投以鄙視眼光，認為其可能有未婚性行為等觀念，或是醫療人員性騷擾、診療場所無隱私等問題。

三、將性別平等問題納入保健研究的主流

全貌瞭解、評量婦女健康、將婦女納入生物醫學研究中、擴大健康領域研究的領域／學門間的合作與互動、達到全人健康。每一個研究都需考量女孩或婦女的需求，和社會建構導致的健康議題，不再一昧用男性為研究對象來推論女性。

四、將性別分析與性別平等議題納入提供健康服務與照護體系的主流

增加政府／政治的關切與意願、建構性別敏感的評量需求評估、健康計畫過程中加入性別議題，各地區族群婦女參與、發展性別計畫的架構、增強性別敏感的服務能力、可靠性、監測與評估。

五、跨部門的性別平等與健康

不只衛生部門，教育、內政、司法、經濟、勞動、環境、新聞等部門都應考量性別平等觀點，以協調對婦女健康的挑戰與保障。例如性別暴力、雛妓問題、環境健康、職業衛生、社區保健、媒體宣傳與預防。

六、將性別分析納入政策的架構，其中有4點方式需釐清

（一）性別中性化（gender neutrality）

許多人認為只要在政策中對男女一視同仁，即為性別平等，殊不知這種無視於社會建構形成的性別差異，事實上是一種忽略性別不同需求的考量與尊重的性別盲。

（二）性別特殊化（gender specificity）

社會建構造成女性的不利處境，因此需要制訂特定的公共政策，但需注意對女性的過度保護是否反而會限制女性發展，需要不斷檢視。

（三）性別平等（gender equality）

不是相同就叫做平等，也非完全一樣對待。平等指的是：給男女相同機會參與和控制社會事務與資源的獲得。美國較用此名詞。差異（difference）有時的確存在，主要也在瞭解哪些是可避免的，沒有傷害的。

（四）性別公平（gender equity）

公平是公正與平等。指的是針對男女不同需求所提供合理（fairness）的對待。此外當建立一個對社會上弱勢婦女能被公平對待的指標。就倫理、道德、以及優劣情形，最

主要是需要具有女性意識。英國較用此名詞。目前平等與公平經常混合使用，端視在那個國家或地區。

七、執行性別主流化的工具

(Women's Health Bureau Health Canada, 2003; March, Symth, Mukhopahyay, 1999; WHO, 2005, 2007; WHO 網站)

(一) 性別統計

即區分男女性別的統計資料，以各別代表男性與女性、男孩與女孩的不同資訊。性別統計資料反映出女性及男性在社會的所有層面中的角色、實際狀況、一般觀念及方法，例如男女不同的罹病率、發生率、死亡率、使用醫療或保健服務狀況等。

(二) 性別分析

就是將上述性別區分的統計，加上社會建構因素如識字與教育水平、企業所有權、就業、薪資差異、是否受撫養、土地擁有者、貸款和信用、債務。了解並認知男性與女性生活上的差異，以及存在於女性之間的多樣化，亦即存在於各經濟體或社區內經濟、社會、文化、環境、組織和政治結構之下，她們的不同環境、責任、社會關係和地位等資料，進行性別分析，以瞭解健康發生問題或健康服務可及性的障礙因素。是否來自社會上的制度或文化上的觀念，導致男女在使用上的差異，或照顧工作上的貢獻卻被忽視等現象，甚至也可能妨害政策的有效發展。經由分析可增加男性與女性有平等機會與參與，以及資源的對等提供，能改變性別關係。

(三) 性別影響評估

則是利用性別統計與性別分析，更進一步瞭解，在規劃一個方案或政策時，是否有

納入男女的參與和各別不同需求的考量，在政策或方案執行時，也能注意過程評估，找出男性和女性的不同處境與衝擊，包括時間的變動，並予以追蹤，提出因應事件之道，找出問題並加以定義，發展選擇方案，並選出對男性和女性最有效和有利的方案。以更公平的方式分配資源和工作，評估和監測不同性別的結果和結論，藉由指標或定期資料之出版刊物，顯示婦女之進展或欠缺。透過按性別區隔之統計資料的蒐集與運用，包括質化與量化的方式，對女性和男性產生不同影響的情形及原因，進行比較；將性別之考量納入政策的規劃、設計、執行和評估過程。在WHO，2004年已經有118國提出婦女政策的落實情況給WHO評鑑。但是否符合真正婦女的需求，還有待觀察。

與台灣同屬的WHO西太平洋地區，在2000年也提出各國在婦女健康議題的內涵如(表1)。

■伍、我國新版「婦女健康政策」制訂過程

目前我國對婦女健康議題的重視，過去多半是只重視「婦幼衛生」，並未將婦女健康獨立於嬰幼兒照顧，直到1990年開始，台大婦女研究室與民間婦運團體，開始提出重視婦女健康的倡導(台大婦女研究室，1990)；另方面因為我國自1973年已退出聯合國的會員，因此較與世界各國共同發展脫離，對1976-1985聯合國提出的「婦女十年」，要求各國去檢視哪些地方忽視婦女權益、並需積極推動其婦女的相關工作時，我國是缺席的；但是因為在1987年全國解嚴後，我國民主運動與婦女運動的開展，尤其婦女研究學者與草根婦女運動團體的努力，



表1 西太平洋各國在千禧年提出婦女健康政策議題

國家	新興議題	持續議題	政策優先議題
澳洲	心理健康、老年婦女健康、鄉村與偏遠地區婦女健康	原住民婦女健康 鄉村地區、吸煙與生活型態	心臟血管疾病 癌症防治 心理健康
柬埔寨	母體安全、青少年生育健康、婦女充權	減少母親生產死亡 減少嬰兒死亡率 加強使用保險套減少 HIV/AIDS 盛行率	提供基層醫療服務 提昇健康照護的自覺 加強生育健康研究與資訊交流
中國	貧窮、基層健康照護不足 改善婦女在家庭與社會地位	增進醫院生產率 高風險個案管理 健康方案的社會支持	減少母產與嬰兒死亡率、更多關注婦女健康、改善醫療服務品質與鄉村衛生教育
斐濟	貧血導致生產力低	心血管疾病、糖尿病、癌症	貧血、青少年物質濫用、體能活動與營養
日本	低劑量避孕藥的問題	青少年墮胎率高 接受避孕比率低 青少年患性病增高	降低青少年墮胎率 提昇生育率 協助人工生殖
寮國	減低家庭人數的社會和文化障礙、城鄉無醫療轉介系統、青少年缺人生導師與目標	缺經費、缺設施去解決婦女健康、缺婦女健康資訊	各層面醫療服務品質、改善轉介系統、WHO 等組織與社區技術與經濟支持
馬來西亞	青少年健康 老年議題 生活型態	生育健康在死亡率與罹病率、實證城鄉與移民的婦女健康、有限資源（人力、物力、財力）	降低生育健康中可避免的風險、改變生活型態、青少年健康
蒙古	促進健康環境與支持性政策 永續健康服務 控制傳染性疾病與慢性病	基本藥品與醫療設備短缺、政府方案低社區參與、缺管理技術	老年婦女健康、發展青少年生育健康、TI/RTI 減少母產死亡
紐西蘭	老年婦女 生活型態引起的疾病 性病的確認	健康資源不均於弱勢民族、生育健康、生活型態疾病	減少分配不均 減少墮胎 減少性病
新幾內亞	性病、家暴、癌症增加 意外懷孕增加 舊傳染病的復發 TB	高嬰兒死亡率與母親死亡率、贊助單位的重疊、縱向活動取向	降低 MMR IMR 整合入健康體系 政府民間合作

表1 西太平洋各國在千禧年提出婦女健康政策議題（續）

國家	新興議題	持續議題	政策優先議題
菲律賓	可及的避孕方法、醫療組織再造、傳染病導致較差的婦女健康	缺緊急醫療系統、健康非政府優先、營養導致貧血、維他命缺乏等	安全母職 癌症篩檢 暴力對待婦女與兒童
韓國	未婚懷孕的高墮胎 家庭暴力 性工作者增加	高墮胎率 高母親死亡率（少女性別比例不平衡）	人工流產 母親死亡率 剖腹產率漸高
新加坡	老人問題	個人健康責任的動機缺乏	生活型態的疾病、老人照護、網絡
越南	母親營養不良 暴力對待婦女 新生兒健康	醫療服務可近性 癌症篩檢設備不足 墮胎率高	降低墮胎率、少女生育健康、篩檢與治療 生育相關癌症

（WHO WPRO，2001）

在1995年是一個里程碑，不只學術單位如台大婦女研究室舉辦「台灣婦女研究十年：婦女健康人權的回顧與展望」（張珪，1995），民間團體如女學會也舉辦「婦女處境白皮書」會議，檢視婦女處境，健康是其中一環（劉仲冬，1995），同時執政黨的婦女黨團也開始重視，也在1995年由國民黨婦工會召開「婦女政策白皮書」，共有7次研討會，其中之一就是「婦女健康政策白皮書」（胡幼慧，1995）；雖然實質對政府措施尚未見太大影響，但在爾後歷經1998年北高兩市市長選舉、2000年總統選舉等，都開始在其選舉政見書中提出婦女相關權益，而健康也在其中。直到1997年行政院婦權會成立後，對各政府機構要求的結果，促使衛生署在2000年提出我國的『婦女健康政策』，但是當時是將各種既有業務做一彙整，稱之為政策，其內容與執行有極大缺漏需檢視與修正，雖以生命週期出發為涵蓋面，但其內容卻仍侷限在疾病導向，且缺少性別視野、性別區隔之需

求、性別分析，以及性別影響評估（張珪、陳芬苓，2000）。也因為婦女研究學者與婦運團體的不斷呼籲，以實證呈現需要，加上婦權會的要求，並提出綱領，而有第2波「婦女健康政策」修訂（國健局，2008）。在正式組織上，則行政院衛生署國民健康局在2001年7月於衛生署改組後成立，特別在其婦幼及優生保健組下的第1科之職掌中正式納入『婦女健康政策及婦女權益促進』，同時也負責『婦女健康推動小組』，正式有窗口回應行政院婦女權益促進委員會的要求，來重視婦女健康的權益，但由於當時執行者較缺少「性別主流化」的觀念，概念尚未突破婦幼衛生的格局（張珪，2003）。直到2003年，婦權委員會要求中央各部會設立性別聯絡人，並於2005年正式行文各部會，進行性別主流化工作，目前中央各部會網站上，都可以見到有專屬性別一項，包括性別統計，或相關研究、措施、方案等。衛生署的性別聯絡人則是以國健局為主。



婦女研究學者早在1990年就開始呼籲，需要有婦女健康的政策，也陸續開始實證研究呈現需求與重要性，張珣先在2000年將參與觀摩聯合國婦女地位委員會經驗提出「全球化趨勢與婦女健康」的觀念，接著張珣與陳芬苓提出對「台灣婦女健康政策的性別分析」，同時申請衛生署計畫展開「婦女健康促進與保護措施調查研究」，引進朱明若婦女健康政策國際理念與方式（朱明若，2005），需求評估與渥太華憲章的基本精神，也融入在2002-2004，向國科會提出整合型研究計畫中，有關婦女健康問題與永續發展策略（張珣、呂淑好、陳芬苓、徐慧娟、張菊惠、莊淑姿，2005），從都會、鄉村、老年、職場、原住民等面向探討國際發展，與國內部同群體的婦女健康需求。目的都在希望以實證方式讓政府看到重要性，也幫政府準備好，當需要行動時可以有所依據。

民間團體推動婦女健康最出力的是台灣女人連線，從1998年開始，在每年5月28日

世界婦女健康日，舉辦婦女健康行動會議，至2007年已經10年（可由其網站上 www.twh.org.tw/，行動／活動項目瞭解）。此外，持續對婦女健康政策提出行動改革，甚至發起人黃淑英女士參與政治成為立法委員，為婦女健康政策在國會把關。在婦女健康政策形成歷程中，台灣女人連線承接國健局委託，在婦女健康政策的議題優先選擇上，進行分區座談會，排出由女性提出的健康議題（黃淑英，2005）。

而國健局在2008年初，綜合各種研究結果，提出修訂3年的「婦女健康政策」新版初稿，以健康促進的理念，渥太華憲章綱領提出策略（健康的政策、支持的環境、共同參與的社區、強化的個人技能、因應改善的健康服務），融合由婦女發聲提出的優先議題（黃淑英，2005），以及綜合國際發展宏觀的內容，成為目前婦女健康政策的大綱（國健局，2008）（表2）。

表2 國健局發展出的婦女健康政策大綱

前言篇	願景 建構性別主流化的健康政策
健康促進篇	營造健康的生活環境 提升並維護婦女心理健康 促進婦女體能健康 促進飲食健康 建立兩性健康正確體型意識。
生殖健康篇	促進女性性健康 促進經期健康 維護婦女生育健康權益
疾病及照護篇	促進女性照顧者的身心健康 維護婦女的職場健康權益 降低重要慢性疾病對婦女健康的威脅 降低癌症對婦女健康的威脅 消弭暴力對於女性身心的威脅

（國健局，2008）

■陸、婦女健康政策的隱憂

西太平洋地區各國提出在推展婦女健康過程有其收穫、挑戰與障礙（WHO WPRO, 2001）（表3）；以本文作者立場分析，在我國則收穫是來自婦女需求的「婦女健康政策」的呈現，挑戰則是「性別主流化」的落實，障礙則是嚴重的「醫療化」、「商品化」、「議題反挫」等問題。

西太平洋國家提到的障礙，在經費、人力與物力，但是也有社會觀念，有就是社會建構對女性的態度和限制，台灣不只有雷同情形，還有更多的「醫療化」、「商品化」、「議題反挫」等問題。例如在「醫療化」方面，更年期原本是自然歷程，且男女都有，如青春一般，但是近十多年來卻將「停經期」看成是一切疾病之來源，沒有提供婦女更多保健資訊，反而以只強調使用藥物，其

表3 西太平洋各國對婦女健康推動的收穫、挑戰與障礙

國家	3 個收穫	3 個挑戰	3 個障礙
澳洲	原住民婦女的「健康婦女」強連結的家庭。 乳癌篩檢減少乳癌死亡。 子宮頸抹片減少子宮癌死亡。	持續以實證基礎研究發展政策。由增加經濟能力於偏遠地區婦女改善其健康。心理健康是 6 項重點之一（心血管疾病、癌症預防、意外傷害防治、糖尿病、氣喘）。	過大的諮詢過程。 健康不平等於偏遠弱勢群。 特定經費用途過於侷限。
柬埔寨	生育健康安全母職 CPR 的立法。對家暴的覺察。整合性教育與人口教育於學校課程中。	有品質的健康照護之可近性。教育可近性。做決定前的資訊權	健康經費分配少。 人力資源分布不當。健康相關指引與法規不足。
中國	MMR 63.6 per 1000。 IMR 33.1 per 1000。 平均餘命 73.2。	貧窮區 MMR IMR 高。 醫療品質要加強。 接受醫療服務的能力增加。	經濟發展不平衡。 婦女識字率不高。 鄉村健康服務不足
斐濟	訓練發展同儕教育預防青少年懷孕性病、愛滋。提倡安全的性。建立社區基礎傳布避孕方法。	心血管疾病、糖尿病、癌症。 生活型態。 低社經、暴力、環境髒亂。	有限資源的人力與物力。 影響挑戰的因素。 西方不良影響。
日本	IMR 4.3 到 3.7 per 1000。 MMR 7.2 6.4。 1999 6 月通過低劑量避孕藥。	降低墮胎率。 減少 MMR。 增加早產兒活存。	社會拒絕提供青少年避孕方法。 增加高風險懷孕。 婦幼衛生經費減少。

（WHO WPRO, 2001）



本期專題

實藥物會導致新的疾病（稱之為「醫源病」），在2002年美國國家衛生研究院發佈賀爾蒙的使用有其限制與致病風險，應證台灣婦女研究與婦女團體倡導的正確性，也才促使國健局採行更年期婦女健康政策（張珣，2003）。同樣「醫療化」問題，還包括剖腹產、哺餵牛奶、女性憂鬱、經前症候群、代理孕母等（張珣、劉仲冬、張菊惠，2004；成令方，2008），甚至近來在呼籲推動人類乳突病毒疫苗，不重視早期預防的性教育或帶保險套，或性病防治，反而加諸女性，鼓勵接受疫苗注射，還美其名稱之為子宮頸癌疫苗，其實應該全面進行男性人類乳突病毒檢測，或是如澳洲等國鼓勵男性接受疫苗，而不是一味要求女性疫苗注射，其實很多資訊並不清楚，長期對健康影響也還待釐清。若子宮頸癌的產生，泰半來自性病感染，應該積極篩檢男性，預防性病，而非要求女性注射疫苗，且目前疫苗涵蓋的病毒只涵蓋一百多種的四種病毒而已，不能擔保可以全面預防，而且還有百分之50的機率罹患其他類別的病毒感染，對所有女性而言，還是需要定期做子宮頸抹片，同樣花費篩檢經費沒有減少。這種疫苗，用在未開發國家，民眾無法有定期抹片醫療保健機會，而已開發國家則宜普及預防行為。此外，此疫苗要求女性在還沒有發生性行為前施打，較能有抗體產生，但是目前居然連性工作者都鼓勵她們施打，也未見先進行疫苗病毒的檢測，若已有抗體根本不需要再施打，其為商品化的動機需要被質疑，資訊的不清楚告知也需被挑戰。此外其長效情形還不清楚，5年後還要再追加，這種情況下為何要施打？其實男性是最主要傳染源，卻不對男性作人類乳突病毒的篩檢，讓其性伴侶知道可能風險，這才是治本方法，目前紐西蘭與澳洲對男性提供此

疫苗注射，否則沒有安全的「性」保護措施，只單純誤導女性，以為施打後就不會罹患子宮頸癌，這不啻是天方夜譚。國家若幫助藥廠大量推廣，未來要用到國賠，都需審慎考量。

「商品化」方面，不論是「健康食品」、「整形塑身」，「臍帶血」等等目前置入型行銷或廣告很普遍，政府需考量加強女性媒體識讀能力，並充分提供各種導致傷害的諮詢網絡才對。而在「議題反挫」方面，以目前被爭議「人工流產」要修法，想要在條文中增加強制婦女有3天思考期的不當「父權」觀念，其實婦女界也不贊成將「人工流產」當成是避孕方法的一種，而婦女一旦發現懷孕，立刻會與配偶商量，進行止孕行動是不得已，並不需要在去醫師診所時才又要規定3天思考，將所有女性都當成「無知」，不需要一定要有配偶同意書，因為恩愛夫妻原本就會商量，暴力的夫妻，商量也是暴力對待無法解決問題；此外，目前宗教界介入，打著招牌是對未成年或未婚懷孕者，其實是模糊焦點，宗教界可以去規範他們的信眾，卻沒有必要以法規約束所有的婦女，這行為與背後父權思考脈絡需要徹底檢討，否則不單沒有增進婦女健康，可能還出現新傷害，延誤就醫，變成由醫療造成的「醫源病」。我們需要的是普設「生育保健中心」才對。

■柒、未來行動與展望

婦女研究與婦女健康，在學術上屬新興領域，在實務上更是長久被忽視。目前因為政府積極推動「性別主流化」工作，急需要更多人的投入，不只在教學教法上，對各種健康資訊須提供易懂的訊息，讓婦女為自己健康把關與努力；也需要更多人力投入在

婦女健康上進行性別影響評估，在所有政策制訂過程，或學術研究，都能有性別觀點，與性別統計和分析，瞭解政策推行對男性女性的影響為何，女性是否真能受惠。以性別平等的概念，從社會建構性別找出導致對健

康的傷害或在疾病治療上的忽視，甚至醫病溝通上的性別盲，這都是一個民主發展的國家需要主動與積極去檢視、研考、督導，對社會發展攸關重要。

■參考文獻

一、中文部分

- 1.朱明若，*中國婦女健康促進：以需求評估到政策發展*，北京：中國社會，2005。
- 2.台大婦女研究室，*婦女與健康學術研討會論文集*，台北：台大婦女研究室，1990。
- 3.成令方，*醫療與社會共舞*，台北：群學，2008。
- 4.胡幼慧，*婦女健康政策：國家婦女政策白皮書*，台北：中國國民黨中央婦工會，1995。
- 5.張珣，*婦女與健康*，收錄於『*婦女研究十年－婦女人權的回顧與展望研討會論文集*』，台北：台灣大學人口研究中心婦女研究室，1995。
- 6.張珣，全球化趨勢與婦女健康，*中華衛誌*，19（1），5-9，2000。
- 7.張珣，更年期婦女健康是公共衛生政策議題，*台灣衛誌*，22(4)，245-250，2003。
- 8.張珣，婦女健康的國際趨勢，*婦研縱橫*，台北：台大婦女研究室，2007。
- 9.張珣、呂淑好、陳芬苓、張菊惠、莊淑姿、徐慧娟，*國科會計畫：影響婦女健康的問題與永續發展策略*，2004、2005。
- 10.張珣、張菊惠，婦女健康與醫療化：以更年期/停經期為例，*婦女與兩性學刊*，9，145-185，1998。
- 11.張珣、陳芬苓，台灣婦女健康政策的性別分析，*中華衛誌*，19（1），366-380，2000。
- 12.張珣、陳芬苓、張菊惠、許碧珊、張郁欣，*婦女健康促進與保護措施調查研究*，台北：行政院衛生署，2001。
- 13.張珣、劉仲冬、張菊惠，*婦女健康管理*，台北：空大，2004。
- 14.劉仲冬，國家政策之下的女性身體。劉毓秀編，*台灣婦女處境白皮書*。台北：女性學學會，1995。
- 15.國民健康局，*婦女健康政策*，台北：行政院衛生署全國衛生行政會議會議手冊，141-169，2007。
- 16.黃淑英、劉仲冬，規劃婦女健康政策－制訂婦女健康政策指標，*台灣女人連線成果報告*。台北：國民健康局，2005。
- 16.婦權基金會，*台灣婦女年鑑*，台北：財團法人婦女權益促進發展基金，2007。

二、英文部分

- 1.Boston, The New Our Bodies, Our Selves. *Women's Health Book Collective*. (4th ed). NY: Simon & Schuster, 2006.
- 2.Doyal, L. *What Makes Women Sick*. NJ: Rutgers University, 1997.
- 3.March, C., Symth, I., Mukhopahyay, M. *A Guide to Gender-Analysis Frameworks*. Oxfam, 1999.
- 4.United Nation. *Platform for Action and the Beijing Declaration*. NY: UN 1996.
- 5.United Nations. Women and health Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. *Expert Group Meeting Report*. Tunis, Tunisia, 28 Sep-2 Oct, 1998.
- 6.United Nations. *Gender Mainstreaming: An Overview*. NY, 2002.
- 7.WHO *Integrating Gender Analysis and Action into the Work of WHO: draft strategies*. World Health Assembly, 23 May 2007.
- 8.Gender and Women's Health (GWH), *WHO Family and community health: Annual progress report on achievements in the year 2000*, Geneva:WHO, 2001.
- 9.WHO *Gender and Health: Technical Paper*. Geneva: WHO, 1998.



本期專題

10. WHO WPRO *Women's Health: Western Pacific Region*. Geneva: WHO, 2001.
11. WHO 婦女健康網站 http://www.who.int/topics/womens_health/en/
12. WHO *Gender, women and health: incorporating a gender perspective into the mainstream of WHO's policies and programmes*. Executive Board, 116th session EB116/13, 2005.
13. Women's Health Bureau Health Canada. *Exploring Concepts of Gender and Health*. H21-216/2003E-IN. Minister of Health, Canada, 2003.

