

婦女健康權益報告書

張珣

中華心理衛生協會理事長

台大衛生政策與管理研究所副教授

台大人口與性別研究中心婦女研究室研究員

自 1975 年聯合國訂定為婦女年，接下來又定 1976-1985 年為國際婦女十年，並陸續召開世界婦女大會，加上 1993 世界人權大會後，婦女人權一直是聯合國相當重視的議題。聯合國婦女地位委員會也積極專注在各國婦女權益的執行情形。婦女健康為 1995 年「第四次世界婦女大會」通過之「北京宣言」及行動綱領中十二項婦女關切議題之一，世界各國對此課題均十分重視，許多國家不僅從生物、醫學層面關懷婦女健康議題，並從社會、經濟、生態、環境、政治等各層面探討婦女健康，並針對其國內特殊的婦女健康問題，擬定完整的婦女健康政策。

台灣因為不是聯合國會員國，因此在過去政府並未正視婦女相關資訊的收集與報導，更導致我國在世界資訊提供上的缺席，在目前我國積極要爭取進入聯合國與世界衛生組織擔任觀察員之際，有必要也需要有專屬婦女權益的報告定期呈現，讓國內外知悉我國重視婦女權益的努力，也提醒我政府需更重視被忽視的婦女權益問題。有關婦女健康方面，國內的婦女健康權益仍較著重於婦幼衛生或生育健康方案，對於其他議題如婦女健康權益意識、婦女就醫環境等或與社會環境層面的連結尚嫌不足，政策制定也無性別概念。

財團法人婦女權益促進發展委員會關切台灣婦女權益現況探討與未來行動，策劃提出婦女權益報告書，本計畫方案即專注在『我國婦女健康權益』的探討，將彙整既有的婦女健康權益之基本資料分析，政策演變情形，政府相關機構的建制過程，以及各種民間非政府組織對婦女健康的努力，以促進台灣婦女經驗之國際交流與提供國內婦女健康相關行動策略規劃之參考。

婦女健康長久以來在世界大多數國家都被忽視，只有在其負擔生育責任時才會被重視，其目的是保護將出生的嬰兒，而非婦女主體；這現象在我國亦然，一直視「婦幼衛生」或「家庭計畫」為「婦女健康」政策。殊不知，目前世界先進國家自 1970 年以來，經由婦女健康運動的倡導與行動，對婦女健康的注意早已不再侷限於生育健康，轉而重視婦女的健康需求及廣義的對婦女健康定義。指出婦女因其社會、文化及經濟不平等，所造成在保健資源取得上的不平等及特殊健康問題，此外女性的健康因年齡層不同，也各有其特殊生理及心理健康需求；而社會、經濟發展，婦女由家庭走進社會，社會參與、職場傷害亦需要重視，而科技發達造成生殖科技進步所衍生的健康議題也隨之產生。甚至醫療場所不平等對待等，才是現代政府在擬定婦女健康政策時所需考量改善的重點。過去台灣健康政策多重醫、藥、衛生的層面，較少注意社會文化或環境對健康的影響，更缺少以性別意識去分析其適用性。

本篇報告所描述的婦女健康權益係 2002 年 8 月完稿以前的狀況。分由政策發展層面以及目前我國婦女在衛生署與內政部的統計資料顯現的健康與疾病狀態。有關政策方面，是將歷年來政府所推行與婦女健康相關的重要政策進行分析，透過歷史的重整討論政府對婦女健康觀念的轉變（張珏、陳芬苓，2000）。分析的時間界定在自 1912 年國民政府取得政權後至今，政策則包括各項法令、計畫活動、組織設置及首長談話等。此外，也由目前政府組織分工、行政業務及研究投入等方面，解析政府健康政策中性別概念。1995 年開始，兩次的總統選舉，婦女健康政策被浮上檯面來討論，各組候選人所提之婦女健康政策的比較，可作為預估未來台灣政府婦女健康政策走向之依據，行政院婦權會的成立與督促（婦女藍圖），也促使 2000 年衛生署正式公告我國的『婦女健康政策』；由於是急就章，只就其業務涵蓋婦女彙整而成，且其精神與內涵並未符合聯合國『性別主流化』的概念，需要重新修正。（張珏等，2000, 2001）

相關措施，可由網站上公佈的議題，科技研究重點，知悉其重視程度，對於婦女就醫權益的保障亦或偏重醫療專業的權益，以更年期賀爾蒙使用為例，反應出『醫療化』與『商業化』現象，甚至可能造成『醫源病』的情形，其中的『性別歧視與偏見』是需要徹底反省之處。而人工生殖法的討論，代理孕母引發何謂『性別不歧視』、『父權下的女性』、『生殖科技的危害』等議題的省思。也就是說由男性思考主導的決策，缺乏性別意識，往往不能照顧或滿足婦女的健康需求，甚而危及女性的健康、侵犯女性的健康權利。

自 2002 年受到行政院婦權會的要求，衛生署健康局開始重新檢視其婦女健康政策，也期許此政策是真正依照婦女需求（感覺需求、呈現需求、專家需求、比較需求）來制定（朱明若，2002）。期盼經由這回稱之為第一次我國婦女健康權益全國性的探討，能引發政策決策者與執行者以及婦女大眾明瞭何謂『性別盲』、『醫療化』、『父權化』、『醫療保健商品化』的問題，從而邁向『性別主流化』，締造一個性別不歧視的健康政策與醫療環境。

成就與發展（政策面、措施面）

我國婦女健康狀況

由表一可知我國婦女在平均餘命上歷年增加趨勢，且比男性高，「活的老，活的好」是追求老年優良生活品質的最大目標，如何幫助婦女享有健康的中老年生活，便是婦女永續健康研究計劃之目標。同時我們也特別將聯合國西太平洋地區國家所呈現的婦女衛生統計，加上台灣進行各國比較時，由表二可知以嬰兒死亡率、母產死亡率等而言，我國位居中上，低於澳洲、與日本；澳洲一向發展媲美美加與西歐、北歐國家。

依據行政院衛生署 87 年衛生統計，可以發現衛生單位之台灣地區主要死因排名統計方式乃是以死亡總數計算排列（表三），比較前十五名死亡因素的男女比例發現，所有的死因中均是男性高於女性，因此，此算法使得整體死因的統計會偏向於以男性的狀況為主導，無法看出真正威脅女性死亡因素的排名；而由比例中，我們發現女性糖尿病是唯一高過於男性的疾病（1:0.91），而男性在結核病（1:4.58）、事故傷害（1:2.96）、慢性肝病及肝硬化（1:2.76）與胃及十二指腸潰瘍（1:2.52）四個死因死亡人數高出女

性死亡人數達 2.5 倍以上，足見男女死因有其差異。若依張珏等(2001)分別計算各個死亡因素分別占男女總死因的百分比顯示，性別的主要死因則需重新排列，如表四所示，依性別分的死亡原因排名，發現男女的死因排名，除了首要死因惡性腫瘤之外，其他的排名順序均不相同。顯示出男女差異，疾病防治政策之重點亦應男女有別。

在癌症方面，無論男、女性，肝癌、肺癌、結腸直腸癌均為前三大死因。女性婦癌位居四、五名。而女性子宮頸癌與女性乳癌兩項婦科癌症的發生率分占所有癌症發生率的一、二名，因此，如何預防婦癌的發生為婦女健康政策之重點。另外，甲狀腺癌症位居女性癌症發生率的第七名，疾病之相對嚴重性高於男性甚多，是男女差異之處。(表五、表六)

醫療服務系統的使用情形，門診使用率女性較高，但急診使用率則以男性較多，而自服中西藥情形以女性居多。當身體不適時，有七成左右的民眾會先選擇看醫師，可見看醫師仍為最常見之就醫習慣，且女性看醫師的比例普遍高於男性。在自覺健康情形方面，男性自覺健康狀況優於女性，以 45-64 歲之年齡層為例，覺得自己很健康的比例男性有 42.9%，而女性只有 28.2%，值得探討。(表七、八)

在健康行為方面，規律運動的比率，男女均隨年齡增加而上升，而男性規律運動比例高於女性；在攝取維他命與鈣質的營養補充品行為上，女性多於男性 (M/F:0.57, 0.37)；男性有抽菸行為的比例是女性的 13.07 倍，飲酒人數也為女性的 3.59 倍。進一步就教育程度、年齡、工作、社經情形、婚姻、保險與自覺健康情形進行男女的健康行為比較，在規律運動方面，多半是男性多於女性，只有教育程度在 6-8 年、9-11 年與自覺健康不好時，女性規律運動的次數會高於男性；所有情況的女性均較男性能維持良好的體重；補充維他命與鈣質行為亦皆是女性多於男性；抽菸與喝酒行為則全部以男性居多；量血壓的預防性行為，一般以女性多，只有在教育程度大於 15 年、年齡 65 歲以上、無工作者及自覺狀況不好的男性會多於女性。(表九、十)

在家庭計畫的措施方面，子宮內避孕器、口服避孕藥及女性結紮的方式是以女性為主要控制對象的避孕方式，而保險套及男性結紮則是男性，以 1998 年為例，前者共有 25488 人次，後者僅有 9256 人，尤其是女性結紮的人數一直是男性結紮的 10-16.5 倍之間，可見目前的生育控制措施仍是以女性為主。在不孕症的檢查或治療方面，「不孕症」之問題應該是夫妻共同面對檢查與治療，但從統計上，我們可以明顯的看到女性檢查人數(6061 人)與百分比(93.75%)遠遠超出男性(404 人，6.25%)。(表十一、十二)

子宮頸抹片檢查是近年來政府大力推倡的衛生政策，但從 1993 年到 1998 來接受檢查的比率並未有明顯大幅度的增加。另則是高比例的剖腹產率，自 1993 年以來皆維持在 35% 左右，比例之高恐可居世界之冠(1981-1986 年間，美國：24%，加拿大：19%，歐洲國家：10-14%，荷蘭：6.6%，捷克：6.5%，日本：7.3%，新加坡：15%，巴西：31.6%—引自鍾聿琳，1998)。不孕檢查幾乎九成以上為女性，代表男性不敢面對而又指責女性的困境。(表十三、十四)

在衛生署的網頁中，自八十九年起便看到衛生統計中出現婦女相關統計，從起初只有死亡率和罹病率的性別統計，目前已增列國民營養現況(膳食營養、體位肥胖、維生

素 B 群與鐵的攝取狀況)，還有保健服務利用（有偶婦女墮胎、產前檢查、羊膜穿刺、人工生殖、子宮頸抹片篩檢）的數據，這是值得稱許的改變，但仍有許多指標有待建立。

台灣婦女健康政策現況

經由衛生署檔案紀錄分析，由附表一我們可以發現在早期除了家庭計畫之外，與婦女健康有關的措施以勞動法令中的女工保護條款為主，包括產婦的產假及生育補助費，孕婦工作時間及內容的限制，女工不得於夜間工作，女工加班時數限制，及女工不得從事特定危險工作。1950 年代之初，國民政府遷台後，由於台灣地區嬰幼兒死亡率很高，所以開始推動婦幼衛生的工作，婦女因其身為母親的角色，首度成為衛生政策的標的。1952 年省政府成立省婦幼衛生委員會，1959 年改制成研究所，初期工作以獎勵助產士下鄉及對孕產婦兒童健康管理為主，希望達到疾病防治的目的（江東亮，1999）。

到了 1960 年代，在美國技術支持及美援推動下，我國開始一連串的家庭計畫工作，1964 年原本由省婦研所負責的家庭計畫轉由新成立的省家庭衛生推行委員會負責，1966 年該會更名為家庭計畫推行委員會，1968 年的政府公布家庭計畫實施辦法，1975 年改制成研究所。1960 年代的家庭計畫工作到 1980 年代之後轉變成優生保健及不孕症治療方面。其中以 1984 年通過討論長達十二年的人工流產合法化的優生保健法

健康政策只關注在女性生育健康的情況到了 1990 年代初才開始有變化，隨著 1980 年代後期台灣疾病轉型，政府開始重視非傳染性疾病的預防工作，自 1993 年起衛生行政機關也開始重視婦女癌症的篩檢工作（江東亮，1999），九十年代另一項發展是某些過去被視為男性的健康問題，已將女性同時納入宣導行列，如菸害及愛滋病，雖然愈來愈多的女性患者是值得注意的現象，1995 年健保開辦之前，也因為剖腹產與自然產給付方面造成諸多爭議，其內容專為婦女特殊給付的有產前檢查與子宮頸抹片檢查被涵蓋在內。暴力事件的普遍，直到 1998 年通過家暴防治法，衛生署才被迫檢視並制定醫療流程。

爾後由於諸多民間婦女團體的催生，政府不得不提出重視婦女的口號，

隨著前行政院蕭院長於「1998 年國家婦女政策會議」中的對維護婦女健康的昭示，使得衛生行政機關開始受到的壓力，於是完成官方版的「婦女健康政策」草案，於 2000 年 4 月正式公告，「婦女健康」才進入政策性的位置。

1999 年是官方部門紙上政策建樹最多的一年，先是六月行政院婦女權益促進委員會提出「跨世紀婦女政策藍圖」，十二月衛生署詹啟賢署長起草「婦女健康政策草案」。「跨世紀婦女政策藍圖」是行政院婦女權益促進委員會為呼應 1995 年於北京召開的聯合國婦女會議而撰寫，內容共計十二篇，分別為婦女與人權、貧窮、教育、健康、人身安全、經濟、權力參與、發展升遷、媒體、環境、福利與保護。在健康篇的部分，指出傳統社會賦予女性的照顧者角色並未因女性教育程度提高與投入就業市場而減輕，除身心俱疲外，衛生單位的婦幼衛生概念使婦女健康問題與需求長期受到忽視。提出十大政策目標以及因應的行動綱領。十大目標分別為，(1)健全生育保健服務體系增進孕產婦健康；(2)發展健全長期照護服務體系照顧年長者健康；(3)有效防治婦女癌症（乳癌及

子宮頸癌)；(4)加強受暴婦女的醫療保護處置；(5)加強職業病防治維護職業婦女健康；(6)強化性傳染病防治措施，減少婦女性病及受愛滋病感染；(7)維護婦女營養，推動婦女營養活動，建立婦女營養概念；(8)提供婦女公平的健康待遇，改善婦女健康情況；(9)婦女健康促進；(10)提倡婦女健康的研究及資訊的傳播。而回應人吳嘉苓指出政策初稿中缺少青少年健康，建議增補「醫療資源與醫療科技的適當使用」一目標，並提醒各項健康相關決策過程中需增加婦女的參與（行政院婦權會，1999）。在提倡婦女健康的研究及資訊的傳播中，行動綱領有三：「成立婦女健康政策委員會，研擬女性觀點的政策」，「提昇性別意識和以婦女為主的健康研究、治療與科技，有系統地進行對婦女生理、心理相關疾病的研究，建立婦女健康指標，每年定期公佈」，「努力減低醫學知識中的性別偏見，建立有性別意識的醫學教育」，「成立全國婦女健康通報與監測系統」。

1999年12月衛生署為呼應行政院「1998年國家婦女政策會議」，提出「婦女健康政策草案」，這是第一次由官方撰寫的婦女健康政策，撰寫主軸以照顧出生至老年各種不同年齡層之婦女，以及促進婦女包括生理、心理及社會等層面之健康為原則。在緣起部分，「寫道婦女健康政策應具前瞻性、整合性及一貫性，以為爾後三至六年的施政依據，以落實政府對婦女健康之照顧。」「各年齡層女性各有其特殊生理及心理健康議題；加上經濟發展與社會變遷，婦女逐漸由家庭走向社會，有關遲婚、育嬰、菸害、性騷擾、職場健康等社會參與衍生的健康議題也隨之產生；而婦女的壽命又較男性高約6歲，與男性相比較，年長婦女有較高之喪偶率及偏低之有偶率，提供年長婦女之健康促進與維護措施，倍顯重要。」（附件二）

以目前衛生署公告在網站上的婦女健康政策係以生命週期出發（附件三），而法規則只有優生保健法、人工協助生殖技術管理辦法暨人工生殖技術倫理指導綱領、產前遺傳診斷暨檢驗機構管理辦法、性侵害犯罪防治相關法規、家庭暴力防治相關法規等五項而已；加上健保中專門提及婦女、助產士法、職場性騷擾防治與申訴處理要點、及兩性工作平等法、婦癌防治、RU486相關法律、母乳哺育、握月子中心管理辦法等。由附件二至十四可以提供未來深入檢視用。

民間婦女團體與婦女研究室與研究學者的投入

在1987年解嚴之前，幾乎沒有婦女團體參與健康相關政策的制定，多半只是奉行宣導，照單行事；只有1984年婦女新知等團體表達對人工流產合法化的呼籲，但仍以國家政策為前提，未提婦女健康權益（顧燕翎，；劉仲冬，1996）。

民間的力量是另一股促使政府將婦女健康列入政策規劃的動力。1980年代後期起許多學者開啟對婦女與健康的討論，台大人口研究中心婦女研究室於1990年舉辦「婦女與健康學術研討會」，並向國科會提出「婦女與健康」大型計劃的構想；1994年與民間團體合作進行一系列座談；1995年除主辦「婦女人權研討會」中指出我國婦女健康人權議題，也在該年協助婦工會舉辦「婦女健康政策學術研討會」，提出婦女與健康的各項議題，「現代婦女基金會」是最早考量到醫院環境對婦女就醫的影響，但爾後則專注在性侵害防治的立法上。「婦女新知」團體也在1990年推出婦女健康議題講座，1992年「消基會」及「主婦聯盟」推行餵母乳運動。1995年女學會主辦並出版「婦女處境白

皮書」其中也有婦女與生育的分析，強烈指出政府忽視婦女健康的批判(劉仲冬,1996)。近年來更有民間婦女運動團體「女權會」以促進婦女健康為其工作重點，並開辦「婦女健康支持服務專線」，以提供婦女相關資訊及經驗分享。該會更於1998年舉行「台灣婦女健康高峰會」，發表婦女健康宣言及聲名全民健保的決策過程中應有更多女性參與。該會也積極監督衛生政策有關婦女權益的法規，尤其是人工生殖法、更年期與青少年經期健康和性教育；民進黨婦女發展部於2002年5月主辦傾聽女性的聲音探討醫療需求的重點。台灣女性在長久以來由男性／醫學所壟斷的健康議題上開始要求其「知的權利」(台大人口研究中心婦女研究室,1990；婦工會與台大人口研究中心婦女研究室,1995；女性權益促進會,1998；民進黨婦展部,2002)。1995年中華心理衛生協會也提出『兩性平等與心理健康研討會』，提出女性主義輔導與治療觀點；1999年張珽理事以中華心理衛生協會是世界心理衛生聯盟會員的機制，參與聯合國婦女地位委員會暨民間團體婦女地位委員會大會，帶回『婦女健康性別主流化』觀念(women's health gender mainstreaming)(張珽,2000)，開始以夥伴關係活化增權方式推動。

學者參與婦女健康也逐年增加，台大性別與空間研究室推動廁所數量與設計的議題，關心婦女泌尿健康；社會與哲學學者則分析生殖科技的性別霸權與倫理，有關婦女健康的博碩士論文也逐年增加，但數量仍有限。部分學者專注在原住民婦女、外籍新娘等特殊族群婦女健康議題(楊美賞,2000)

政黨參與婦女健康政策制定

前述這些自發性的本土婦女健康關懷早期並未受到政府衛生單位當局的重視，仍以傳統婦幼衛生的業務為主。婦女健康開始受到政黨的重視始於1995年的總統選舉，國民黨中央黨部婦工會為選戰特別公布「婦女政策白皮書」(胡幼慧,1995)，在該書中「婦女健康」被國民黨正式列入十項婦女重要政策之一。之後婦工會又相繼於1997、1998及1999年針對「1995年婦女政策白皮書」提出說明，但都是重複一樣的文字，並無對照當年白皮書內容提出追蹤與評估報告。然而該白皮書中所提的八項婦女健康政策內容：提昇並設置推動婦女健康策略的專責單位；加強婦女健康有關之醫學、護理、流行病學及公共衛生之研究；建立婦女健康指標；醫療專業人員之婦女健康再教育；加強學校與社區推行兩性教育、性教育及自我健康管理教育；加強特殊及弱勢婦女健康；提昇婦女團體參與婦女健康相關政策的機會，全民健保政策中設立婦女健康研究小組；訂定婦女愛滋防治政策及措施等，至2000年時則仍未推動(張珽、陳芬苓,2000)。之後，隨著前行政院蕭院長於「1998年國家婦女政策會議」中的對維護婦女健康的昭示，使得衛生行政機關開始受到的壓力，於是完成官方版的「婦女健康政策」草案，於2000年4月正式公告，「婦女健康」才進入政策性的位置。2000年總統選舉後，國民黨長期執政的狀態已有所改變，由2000年總統選舉時民進黨候選人提到的婦女健康政策看來，其政見已較具性別敏感度，所提婦女健康方面的問題包括：「女性健康品質比男性差」，「女性健康政策被窄化為生育功能政策」，「過去採用病理模式制定政策，忽略社會、經濟、心理、文化因素對女性造成的壓力」及「過度醫療化，忽略老年婦女及弱勢婦女的特殊健康需求」等。所提政策主要有四個方向：重視所有面向的婦女健康、建立性別敏感健康環境、去醫療化及兩性平等享用醫療資源及讓女性充分參與健康政策的決策過程(陳

水扁政策白皮書，1999)。其政見已和世界婦女健康政策制度之潮流有部份呼應，雖然政見不代表必然的結果，但足見該政府幕僚已具有正確的婦女健康概念。

地方政府與婦女健康

在政策分析上，地方政府是另一個值得分析的政策層面，尤其是在新政府的構想中：中央政府是負責國際及全國性事務，及為地方政府負責的事項訂定指導原則並盡監督之責（總統府，2000），因此未來地方政府在福利執行上應扮演更重要的角色。由於國內中央與地方財政劃分及相關法令的限制，加上地方政府人力的短絀，地方政府在婦女健康議題上能發揮的空間往往不多，許多縣市在財力有限下只能配合中央的相關工作。但縣市長的視野及過去競選時的政見還是某種程度地影響其表現，其對於特殊議題的關心程度還是會影響該縣市對中央政策執行程度。而在陳水扁總統的「婦女政策白皮書」中也提到：在國家定位及政府架構中，地方政府應負責依賴者的照顧服務及健康醫療等，希望由女性觀點介入「地方自治」中（總統府，2000）。適巧行政院衛生署所試行的「健康政策季刊」針對婦女健康政策之議題訪問地方首長的看法，由此也可一探地方首長的「婦女健康政策觀」。

地方政府對於婦女健康政策的概念，由附表四可看出主要著重在婦女癌症篩檢及相關疾病的預防，包括乳癌、子宮頸癌等。另外由於社會重視婦女性侵害及家庭暴力的問題，因此地方首長在提及婦女健康時也特別強調這方面的政績。總體而言，少數的地方首長還是將婦女健康關懷的焦點只放在生育健康、癌症預防、以及性侵害的部分，即關注在身體維護而顯少注意婦女因在社會中弱勢角色對健康的影響，如雲林縣、南投縣及屏東縣；可能因為這些縣市是農業縣的關係，婦女生活型態及教育程度也會某種程度影響地方首長對婦女健康關注的重點。

然而許多鄉、鎮、市則將其關懷的焦點拓展到廣義婦女健康的層面，把婦女身為照顧者的責任重擔納入婦女健康的議題中，認為婦女身為照顧者的角色是會有損自身健康，而政府需積極分擔照顧的責任，這是過去台灣社會上所缺乏的觀念。因此，某種程度上地方政府對於婦女健康政策的視野已由過去的「婦幼健康」轉變成廣義的「婦女健康」概念了。地方政府在實際作法上也各有特色，台北縣就提出一項新政策—失能老人照顧者的津貼—給予失能老人的照顧者現金補助，過去政策關懷的重點在老人身上，將現金補助給予「照顧者」是一項思維上的突破，雖然該補助僅每月每位老人五千元，不足以支付替代照顧者的費用，但在觀念上已肯定「照顧」並非無酬工作，也非天職，由於照顧者多數是女性，因此這樣政策應可直接嘉惠婦女（台北縣社會局，2000）。此外，台北市衛生局也在2000年九月成立「長期照護示範中心」，設立三家醫院提供婦女在長期照顧需求方面的諮詢。台北市也設立全國首創的「長期照顧管理示範中心單一窗口」，提供個案、轉借、諮詢、及志工人力銀行等服務，讓有需要的市民可以得到最佳的資源；更提供了居家照護服務、專業人員訪視費用的補助，使私人個案雖在家中也能得到專業醫護人員的照顧。此外，為了減輕家庭照護者的分擔也推出「陽光假期」的專案，使家庭中的失能老人照顧者一年中有十四天的假期。在台北市各醫療及長期照顧的機構每個月也有舉辦家庭照顧者的培訓，望能改善長期照顧技巧（馬英九，2000）。

除此之外，另有三個縣市提到了婦女在職場上健康維護的重要，但未提出較具體

的實行方案。在婦女親善就醫環境方面，也有部分縣市相當重視。基本上是先從所屬的縣立醫院開始做起，希望能夠保障每一位婦女在就診時的隱私、安全、及舒適，再要求私立醫療院所予以改進。關於此項議題，台中縣更提出建立「婦女就醫權利保障專線」的想法，以供婦女在就醫不便時申訴之用；另提到在各個醫療院所成立「婦女專屬醫療保健諮詢窗口」的構想，讓婦女更方便得到專業資源，以便達到關懷婦女健康的目標。值得重視的是，某些縣市的首長，似乎具有較寬廣的視野，例如台北市由於是一個都會地區，所以職場婦女的壓力相對較高，所以台北市會較重視婦女心理衛生方面的保健工作，2000年底新成立「台北市社區心理衛生中心」其部分活動亦針對婦女心理健康設計。

在所有的地方首長當中，嘉義市代市長對婦女健康問題的看法較為特殊，她特別提到婦女工作權及參政權的保障在婦女健康政策上是一個相當重要的問題，只有在一個兩性平等和婦女受到尊重保護的社會，我們才可以看到女性真正的身心健康，有健康的社會才會有健康的女性。另外，她還特別提到環境污染對婦女健康的威脅，可見嘉義縣的首長在婦女健康議題上的視野似乎來得比較廣大。另外一個值得一提的是台中縣縣長的見解，在婦女健康議題上他特別重視婦女在健康上的自主權，即關注 empowerment 的問題；認為女性在接受醫療資源上的權利受到了限制，因此有必要提高社區婦女健康自主權的推動，讓更多的婦女能接近健康的資源和健康的資訊，才能夠營造更健康的家庭。

在實際作為上，台北市衛生局的作為較積極，1997年即已推出訂定該年為「婦女健康年」，而後又持續至1998年。1998年台北市長競選時，現任市長的婦女政策白皮書中婦女健康政策部份，提出七項工作方針：邀請婦女參與，共同設計女性健康管理方針，保障女性健康權益；提倡健康生活的理念與實踐；改善惡質環境；重視服務提供的動態性與可及性；婦女共同參與建立監測系統；加強重視普遍被忽視的婦女疾病議題；重視職場醫療保健的推動（馬英九競選總部，1998）。1997年底起台北市衛生局便開始定期邀請婦女團體及具性別概念的學者對其婦女健康業務進行檢討，討論到的議題已很廣泛，並有企圖進行營造親善的婦女就醫環境、重視美髮業職業傷害、及進行台北市婦女健康需求調查等（台北市衛生局，1998）。台北縣在2000年起針對各鄉鎮舉辦了數十場的社區婦女座談會，並將基層婦女所提出的關心議題彙整成未來施政依據（台北縣政府，2000）。高雄市政府衛生局也在謝長廷市長上任後，除成立婦女權益促進會外，衛生局長陳永興組成婦女醫療倫理委員會，並辦理焦點團體探討婦女與醫療生態，彙整婦女健康需要，期許有一符合性別考量的人性化醫療環境（高雄市衛生局，2001）。

總之，由分析地方首長對婦女健康政策的看法來看，其關心的重視主要仍停留在婦女生育健康，以及台灣近年來相當熱門的性侵害防治議題上。但是部份縣市長的視野已超越了傳統婦幼衛生的概念，對於婦女健康之關懷從身體的層面衍伸至心理、精神、社會、甚至環境方面完全健康之狀態。同時，也關懷到婦女在社會中的弱勢角色所可能產生對健康方面的影響，例如女性在經濟上及醫療資源上的弱勢、工作職場中的弱勢，以及身為照顧者角色的重擔所可能帶來對於女性健康之負面影響。地方政府與婦女團體及基層婦女為政策制定所建立的良性互動模式是值得讚揚的。雖然剛開始執行上並不理想，但在數次討論下，並依這些團體及學者的建議修改作法，將發行具性別意識的健康

小手冊，並再檢視過去作法，目前的工作模式已漸漸符合國際上推動的模式，台北市與高雄市衛生局與婦女團體及學者為政策執行所建立的良性互動模式是值得學習。

問題與障礙（推動過程所面臨障礙）

婦女健康狀況與指標

台灣地區平均餘命，無論男女，均呈上升的趨勢，而女性平均餘命皆高於男性，「活的老，活的好」是追求老年優良生活品質的最大目標，如何幫助婦女享有健康的中老年生活，便是婦女永續健康研究計劃之目標。由於統計資料不具性敏感度，且都以男性資料為優先。例如台灣地區主要死因方面，衛生統計所採用的排名統計方式乃是以死亡總數計算排列，比較前十五名死亡因素的男女比例發現，所有的死因中均是男性高於女性，因此，此算法使得整體死因的統計會偏向於以男性的狀況為主導，無法看出真正威脅女性死亡因素的排名；而由比例中，我們發現女性糖尿病是唯一高過於男性的疾病（1:0.91），但是即使如此，在糖尿病預防上也未對婦女有特殊方案去減少發生或減少發病與惡化。如表四所示，男女的死因排名，除了首要死因惡性腫瘤之外，其他的排名順序均不相同，故疾病防治政策之重點亦應男女有別。另從整個女性生命週期中，不同的階段有不同的影響因素威脅女性的生命，因而防治重點需有所差異。

而在收集健康指標的過程中發現，政府機構之健康指標未能區分性別，看似整體性的指標，並無法反映出性別上的個別需求優先順序。研究者重新整理一般性之健康指標，製作性別比較表格，使其能呈現出健康狀態的性別差異與女性之特殊需求。不過，在收集之過程中，國內缺乏甚多相關婦女健康的資料。例如以聯合國西太平洋各國健康比較時，我國就缺少產婦與嬰兒健康涵蓋情形：懷孕婦女由專業人員照護比例、由專業人員接生比例、出生嬰兒由專業人員照護比例、婦女生產過程感染破傷風之比例、性傳染疾病流行率、青少年懷孕率、流產率、家暴危機處理中心利用率、癌症病患使用疼痛減緩療法之比率、提供生殖系統癌症婦女緩和醫療的機構數目、地區級醫院可提供緊急產科照護之比例、婦女產後六個月哺餵母乳率、婦女產後六個月哺餵母乳率〔依嬰兒性別區分〕、職場提供時間使母親哺餵母乳之數目、性行為活躍者之性傳染病流行率等，其他由張珏等分析各國婦女健康指標時發現，如生育健康（避孕、不孕、墮胎...）、經期健康（經痛、月經不調、更年期...）、生殖系統健康（婦女骨盆腔感染、子宮切除、子宮頸癌、乳癌...）、心理健康（壓力、憂鬱、自殺、受暴...）、職場健康等資料均缺乏全國性資料，或是無連續性資料之累計。因此，發展更精緻且具性別敏感度之健康指標更為迫切需要，其更是了解婦女健康狀態，評價健康方案成效以及制訂婦女健康政策之重要基石。

過去開發中的國家因為嬰幼兒死亡率偏高及人口過多等因素，政府很自然地將重點放在婦幼衛生及家庭計畫上，但以台灣社會及醫療發展之進步，現在如果還是將婦女健康的重點停留在婦幼衛生的觀念就是一種落後。目前世界先進國家對婦女健康的注意早已不再侷限於生育健康，而如本文所述婦女健康政策的範疇應該更廣，考量到婦女特殊

的健康需求及因為社經地位不平等所導致的健康問題。在推動婦女健康時，我們已不應只停留在聯合國針對未開發國家所用的指標，例如：婦女的死亡率、罹病率、產婦死亡率、嬰兒死亡率與其男女比、男女平均餘命、粗出生率等人口資料，更應深入分析醫療資源與人力有多少是提供給婦女的？人工流產合法化情形，在何種條件下執行，其費用可以由保險給付(全民健保或社會福利保險)？當需要人工流產時，其設施的可及性為何，可近性如何？防範家庭暴力的醫療及心理治療系統如何？過去台灣醫療的發展往往僅重視區域及年齡的區分，而不重視性別的差異，醫療決策過程以男性為主的情形下又往往忽略了婦女特殊的需求，本文要強調的是兩性所面臨的健康問題並不相同，未來台灣應該走向性別敏感的健康政策，才能真正符合兩性所需。

推動婦女健康指標建立的障礙

1. 缺少具性別意義的統計資料

很高興在衛生署的網頁中，自八十九年起便看到衛生統計中出現婦女相關統計，從起初只有死亡率和罹病率的性別統計，目前已增列國民營養現況(膳食營養、體位肥胖、維生素 B 群與鐵的攝取狀況)，還有保健服務利用(有偶婦女墮胎、產前檢查、羊膜穿刺、人工生殖、子宮頸抹片篩檢)的數據，這是值得稱許的改變，也反映衛生署已逐漸具有性別化的觀點。但是婦女健康的指標不能只滿足於統計數值已區分男女性別，更需思考如何從數值中反應出問題與需求，開創新指標使其能兼具個人與社會結構的健康面向，能從使用者指標轉向至提供者指標，從與疾病與醫療利用擴大至健康與保健指標，從直接反應的指標擴大至與健康相關聯的指標，方能使性別化之衛生統計成為更有效力之政策監核指標。

2. 全國性調查與資料庫缺少對女性健康議題的重視

由衛生署保健處與原台灣省家庭計畫研究所與公共衛生研究所等單位，整合新成立的之國民健康局，其組織架構中的「人口與健康調查研究中心」欲建立國民健康資料庫，擬自九十年度起，每 3-5 年將定期性辦理全國性之國民健康調查，並彙整前台灣省家庭計畫研究所行之多年的家庭計畫與生育保健調查與近年新增的老年與青少年調查，與中央健保局等各單位之資料庫。擬定建制的資料庫項目有出生通報、先天性缺陷兒、罕見疾病、人工協助生殖、職業傷病、子宮頸抹片篩檢及組織切片、癌症登記、中老年保健、其他新增健康促進業務需求，可惜並未見婦女健康資料庫一項。而持續進行的健康調查資料、中央健保局疾病與醫療利用資料，以及未來的每 3-5 年實施之國民健康調查，所彙整呈現的婦女健康狀態指標資料，是否具有性別敏感度，能否反映不同地區與不同群體屬性婦女的健康問題與需求，更應檢視調查內容是否考量兩性健康需求的差異，而能獲取真能反應婦女健康狀態的衛生統計數據。

婦女健康政策

從早期工廠法、勞動基準法與最新 2002 年一月正式施行的兩性工作平等法，都涉及對懷孕或生育婦女的一些所謂的保護措施或福利措施，早期這些規定主要是沿襲十九世紀歐洲國家的法令，視女工與兒童為工作場所中的弱者而需特別保護的觀念。主要是保護女性顧及家庭以及生殖的能力不會因工作而被破壞(如夜間工作與從事危險工作禁

令)，能安全生育下一代成為新的勞動力（如孕產婦保護）。但這類的保護條款在近代已受到批評，因為雇主的經濟考量與其是女性能力的偏見，這些制度反而限制了女性在某些行業中就業或升遷機會，而保障了男性的工作機會。但在促進男女就業平等方面，某些英國婦女學者並非主張去除這樣的保護條款而是主張將之延伸到保護男工之上，因為這些工作對男工的健康同樣有威脅（Lewis & Davies, 1991; Chen, 2000）。因此我政府在 2002 年正式實施『兩性工作平等法』，其精神內涵是提供職場的女性，都能有育嬰假、生理假、哺乳時間，以及性騷擾防治等涉及婦女健康方面，而男性也有陪產假，甚至要求各縣市協助成立托兒托老設施，甚至要求不因婦女懷孕生產而考績乙等影響其心理健康和公平性，有其進步的一面，但也有待追蹤觀察真正落實情形。只提供生理假表示有關女性經期健康是需要被重視的議題，卻不見衛生單位重視。

在家庭計劃的推動中，婦女雖然是該計畫工作標的，我們看到的是以國家目標為導向（以減少人口為目的，並非婦女擁有選擇權），男性沙文主義的推動模式，婦女的健康及自主權則完全被忽視（該計畫以推動女性採用避孕器材為主，未教育男性避孕觀念）（劉仲冬，1995）。省家計研究所雖然在 1962-84 年間進行一百多個研究調查，但都著重在了解各種避孕方法的成功率或有效推行方式，甚少提及後遺症的問題及後續處理方式（臺灣省家庭計畫研究所，1978, 1996）。當年推動家庭計畫時雖然研究結果顯示樂普失敗率高（一年後停用為 46%，四年後停用為 70%）及造成婦女身體不適（臺灣省家庭計畫研究所，1996），但為了達到快速達到人口控制目標，推行者仍然教育婦女採用樂普及子宮內避孕器（郭文華，1996）。1985 年後省家計所的研究重心轉變成老人保健及不孕症等，少見對當時配合國家人口政策而行節育之婦女的追蹤研究，例如：1983-1993 年間發表在台灣主要醫學學術雜誌中與家庭計畫墮胎後遺症有關的論文僅四篇（張珏，1992），經查詢衛生署自 1982 年迄今建檔的相關補助計畫也只有三件，一件是諾普蘭避孕方法的臨床研究，二件是 80 年代初以女性為對象，評估其家庭計劃的推行成果（行政院衛生署，1993-7）。在這項政府引以為傲的另一個國際著名的「台灣奇蹟」中，很遺憾地並未見到對婦女身體的尊重與關懷。此外在人口政策的主張上，完全以依賴人口比較來判定是否需要獎勵生育或限制生育，2002 年八月報載內政部公告計劃獎勵每生育一胎將補助五萬元的方案並無邀請婦女提出意見，也完全沒有檢視世界人口大會提出生育健康的關懷，其中改善環境支持網絡提供托育兒、甚至托老設施，才是實際協助婦女家庭與工作負荷，有生育意願的主因；此外教育花費日益提升，也是減少生育的原因之一，若不從這些處理，改變社會文化重男輕女的價值觀，生育與人口仍只以國家需求且是不當撒錢措施是錯誤的。

然而，自國民政府遷台至 90 年代初止，包括 1974 年的安全衛生法及 1984 年的勞動基準法在內，這些與婦女健康有關的政策法令只是圍繞在女性生殖能力上，其他方面則較少有涉及。我們可以看出政策因國家對人口數量及品質的需要而有所轉變，但在這些政策擬定，討論及執行中，卻較看不見對婦女健康的關懷。這些人口政策的重點不在於如何促進孕產婦的健康或賦予婦女更多的控制權力，而是著重在「對婦女」的生育控制上，而且在這些生育控制的政策中甚少針對男性採取任何措施，婦女最後只成為政策的客體而非主體。

有關癌症防治方面，這些工作只著重在女性為主要患者的癌症篩檢及次級預防上，如子宮頸癌及乳癌的檢查，而不是目前世界各先進國家已進行的初級預防工作，如宣導使用保險套及子宮帽比用其他避孕方法較不易得子宮頸癌，衛生性行為的推動，男性多重性伴侶與子宮頸癌的關聯，食用維他命 C 或葉酸也可能可以預防子宮頸癌等（Boston Women's Health Book Collective, 1992）。又如二手菸同樣會傷害胎兒及造成女性罹患肺癌的情形，在防癌部分並未積極改善。

在性病與愛滋病防治方面，政策似乎忽視了在這些問題上，女性身為被害者的角色，並無法為其健康促進負責，女性性病及愛滋病患者常是被配偶傳染的情形，但現行法令中並未強制配偶需同時接受治療；而在愛滋病的防治或研究上，強調性工作者的調查，只在保護嫖客而非一般婦女。在 2002 年八月也發生婦女感染菜花與 PE 菌等性病，外交人員以豁免權知道自己得性病而未採防治行為而傳給不知情的女性之控訴事件；也曾有 1994 年婦女健康研討會上醫師會自述其不告知婦女感染的是性病，是為了不要破壞其家庭和諧；而發現性病有乒乓感染，也因此不會讓男性治療，泌尿科方面也只單純治療男性而未治療其配偶，同樣反映出性病教育與防治上重男輕女的問題。

此外，即使歐美國家早已提出「暴力是公共衛生的問題」，1993 年上有專書出版，但我政府遲至性侵害及家庭暴力防治法的通過，衛生行政單位也才開始規範醫療院所的處理流程，但是都集中在急診處的處理，對醫院一般門診的發現與轉介都不充分，而醫療人員處理時的態度常常發生二度傷害情形亦有待改善。

雖然因為兩次總統大選與市長選舉，都提出婦女健康的主張，爾後由於諸多民間婦女團體的催生，政府不得不提出重視婦女的口號，隨著前行政院蕭院長於「1998 年國家婦女政策會議」中的對維護婦女健康的昭示，使得衛生行政機關開始受到的壓力，於是完成官方版的「婦女健康政策」草案，於 2000 年 4 月正式公告，「婦女健康」才進入政策性的位置。很可惜地是該份政策主要為彙整衛生署現行業務中與婦女健康有關之部分，並增列一些新婦女健康議題，並未有開創改革之企圖，問題背景的檢視不夠廣博，亦拘泥於個人層面，未見對醫療保健服務提供系統與人員的檢討，政策撰寫的架構並不連貫也欠缺系統性觀點。

附件十六的列聯表乃將這份政策依其問題背景、政策目標、工作策略與實施方式並陳檢視，姑且不論其尚待商榷的政策目標內容，從結構來看，可發現諸多問題、目標與策略三者無法銜接的現象。問題背景的探討欠缺研究基礎，政策目標又無法反應問題，而達成政策目標的工作策略，卻無法與政策目標對應。誠如草案緣起中所言，婦女健康促進與維護所涵蓋層面甚廣，非單一計畫或部門所能完成，必需藉由衛生署各處、局共同努力，以及跨部、會合作，方能達成婦女健康政策上所訂定之目標。觀念是正確的，但實權責單位仍是各自為政。

衛生署的婦女健康政策草案泰多執掌單位為保健處，而保健處已於 2001 年七月合併於國民健康局，該局之行政編組為社區健康組、癌症防治組、婦幼及優生保健組、兒童及青少年保健組、成人及中老年保健組、衛生教育中心、人口與健康調查研究中心。婦幼及優生保健組共分三科，第一科：婦女健康政策及婦女權益促進、罕見疾病及嬰幼

兒保健；第二科掌管生育調節、人工生殖協助、出生及缺陷兒通報、推動母乳哺餵；第三科掌管優生保健及孕產婦保健。值得欣喜的是婦女健康總算納入正式編制內，遺憾地是仍躋身於婦幼衛生中。而婦女健康政策與業務單位的銜接出現落差，例如：婦女健康政策中的女性抽菸防制，並未在國民健康局的癌症防治組的菸害防治重點中。政策中所提台灣婦女乳癌、子宮頸癌死亡率過高的現象，亦未被列入癌症防制的工作重點與項目。

國民健康保健局的癌症防治組的具體工作項目中，關於「普及防癌宣導教育、避免癌症危險因子」的項目中，很高興看到「加強宣導哺餵母乳及審慎使用女性荷爾蒙（乳癌）」，「宣導」推廣重視安全性行為，HPV 與子宮頸癌的關係（子宮頸癌）」，「廚房使用抽油煙機之知宣導（肺癌）」。很可惜地在評價指標上，仍是制式化的篩檢數、篩檢率與陽性個案轉介率，沒能見到這三項具性別與積極性預防觀點的婦女癌症預防工作項目，該如何評估，以及與其他部會或是局內的衛生教育中心的合作，相較於同一類屬中的菸害防制與檳榔防制具體列出宣導的方式、途徑、宣導場域、與合作部會，是較為欠缺。

進一步對現有婦女健康政策內容分析，由於是既有業務的整合，同樣出現內容不符合實際婦女的需求，就高雄婦女與醫療生態研討會、台北縣舉辦數場婦女需求座談會中有關婦女健康方面、婦權會委員意見、婦女團體意見、與學者初步政策分析結果，明顯呈現研究不足、依據不夠、婦女未參與決定優先次序、無地區鄉鎮區別，雖然是由生命週期發展，但所涵蓋面向非常不足，需要有婦女健康需求的研究報告。

除了對政府政策做歷史的分析外，在政策分析的研究中，「組織結構」往往與政策輸出息息相關。以下則進一步對現有政府組織運作進行分析，以了解台灣政府中的婦女健康政策：

1. 以行政組織的角度來看，在中央衛生主管單位的功能分工中，並沒有任何科別或承辦人員專司婦女健康，與婦女健康相關的預算只零星地分列在各項之下，而無完整性；直到 2001 年國民健康局合併原衛生署保健處、家庭計畫研究所、婦幼衛生研究所、公共衛生研究所，再將其組織重組業務分工，則在婦幼衛生科中，其執掌工作中有一項是『婦女健康政策』，但非專人掌管。但在其他處室仍是闕如。

2. 以行政業務內容為分析，非以婦女立場出發，且婦女健康並不是一項單獨列舉的施政項目，除了在「菸害防治」項目上，女性被列為重點輔導對象外（因抽菸會影響胎兒健康），僅在「家庭計畫」、「優生保健」、「孕產婦健康管理」、「癌症防治」及「性傳染病防治」等工作項目上，可見到以女性為工作標的，但這些工作都著重在防止男性或胎兒被女性傳染的可能性上，如性傳染病防治工作只列出娼妓定期檢查，而不談如何保護一般婦女因丈夫嫖妓而受感染的情況（行政院衛生署，1995）。總之，工作的內容主要分兩大類：母體健康及婦癌防治。

3. 就觀念而言，到目前為止，國內行政單位對婦女健康的概念還停留在「婦幼衛生＝婦女健康」的階段，認為家庭計畫，優生保健，孕產婦健康管理等即可涵括婦女健康。衛生首長及各級衛生主管單位在推動工作時，也慣以「婦幼衛生」稱之，相關的官方統計資料及白皮書亦皆以「婦幼衛生」為名。女性在健康政策中仍然不是一個獨立而

有價值的個體。

4. 研究投入方面來看，政府部門每年投入與婦女健康相關的研究件數相對較少，所關懷到的議題也不廣。由衛生署所補助的計劃分析，每年該署所補助的研究計劃約 400—550 件，以婦女健康為主的計劃在 1991 年之前僅有 5 件，1991—1997 年略有增加，但 7 年來也僅有 59 件。其中以女性為主的癌症研究（子宮頸癌，卵巢癌與乳癌）為多數，共 19 件(32%)；其次是與女性懷孕生產有關的研究，共 14 件(24%)。其他研究還包括停經後 HRT 的使用(6 件)、骨質疏鬆症(2 件)、更年期調適(1 件)、性工作者疾病(4 件)、憂鬱症(3 件)、尿失禁(2 件)、經前症候(2 件)、青春期女生健康(1 件)、母乳推廣(2 件)、性騷擾(1 件)及肺癌(1 件)等。直到 1999 年該署科技發展計畫研究重點才加入三項與婦女相關的方向：代理孕母國際現況、婦女健康促進與保護措施調查、及婦女營養狀況（行政院衛生署，1999），重點發展婦女健康的研究可顯示我國政府對婦女健康的重視，也顯示健康政策跟得上世界衛生的潮流。

比較我國與各國婦女健康政策

自一九八〇年代中期解嚴以來，台灣社會力的出現迫使威權主義的政府轉型，二十年來在婦女團體的壓力下，各個層面的婦女問題已稍有改善，唯獨婦女健康議題至今尚未形成「社會運動」，雖然女性主義學者對國內醫療體制多所批評，醫療界及醫療院所並未因為這些社會聲浪而對婦女健康更加重視，我國醫療照顧、醫病關係、健康服務體系依舊充滿了性別歧視（sexism），使婦女成為無助的消費者。而我國衛生單位的改變也不多，不但以婦女為導向的政策很少，決策過程看不見社區婦女的聲音，政策中亦沒有正確的性別概念，將女性的角色只定位在「母親」而已。事實上，女性的角色是多元化的，她們不僅是母親及妻子，也可能是工作者、照顧者或是消費者，甚至是政策的設計者及執行者。因此，政策的思考不應將女性局限在某一種角色上，而忽略了女性身為其他角色所有的需求（Sainsbury，1996）。張珏等(2000)分析並報告中我們介紹了聯合國及其他國家在推動婦女健康及性別主流化的努力，或許在我國醫療系統過度商業化、市場化，及政府部門缺乏性別概念的環境下，落實不易，但學術界已慢慢將正確婦女健康的種子撒在台灣社會，近年來已有人開始研究婦女之健康促進，衛生署社區總體營造工作中也發覺到性別差異，新的總統當選人也提出具有性別概念的婦女健康政見，相信當台灣社會凝聚成一股改革力量時，健康政策會更具性別敏感度。中國人權協會於 2001 年發表的婦女人權研究報告中指出，婦女健康人權只有 50 分，而亟需國家介入倡導友善女性的健康政策，與建立以婦女為中心的健康管理政策（薛承泰，2001）。

婦女健康促進工作之國際比較，除瞭解其政府部門官方的作法之外，更重要的是收集其民間與政府、基層與學界互動的過程與模式，以為我國實際行動的參考。張珏等(2000, 2001)比較國際美國、澳洲、加拿大、歐洲，日本等婦女健康政策的行程過程，可以發現隨著時代的轉變，以婦女為對象的健康政策已漸多元化，而我們也可以看到我國由早期只完全著重在女性生殖控制的政策，演變到重視婦女癌症防治工作及性侵害防治工作，且婦女健康也進入正式的政策討論中（詹啟賢，1999），甚至在衛生署網站公布分開性別的衛生統計資料。然而，由我們的歷史分析中，與國際比較，仍然可以歸納

出幾項政策的特質是值得檢討與改進的：

1. 缺乏政策宗旨與遠景 (vision)，不宜以生命週期或以業務取向作為政策之宗旨，難以看到服務提供的結構制度面，以及健康的社會面向。
2. 因缺乏宗旨與遠景，因此缺乏合宜之策略，而行動方案混淆不銜接。策略又多只針對個人，較少著墨適切合宜的、有品質的、具性別敏感度醫療保健服務。
3. 缺少婦女健康需求相關依據的研究。例如經期研究、家庭與職場健康研究等。
4. 缺少婦女醫療問題相關依據的研究。例如卵巢、子宮切除、剖腹產比率過高之問題檢討。乳癌、子宮頸癌防治改進研究。過度使用荷爾蒙處理停經不適、墮胎藥 Ru486 的研究報告。隆乳、陰道修補的研究調查。不孕症、代理孕母的研究調查。改善職場母乳哺餵室的公共空間。醫療機構對婦女不友善的研究、調查、評量。瘦身美容的傷害與不實廣告的問題處理。
5. 缺少彰顯婦女健康問題與需求的長期性研究，以為切中問題要點的證據基礎，政策指引與政策評估。
6. 政策形成由上而下威權主導式的政策擬定方式一如同其他對我國政策擬訂所做的研究結果一樣（如胡幼慧對、勞工政策的研究）（胡幼慧，1995），與婦女相關的健康政策的產出並非有學理為依據的理性模式，也不是漸進模式，常常是菁英模式（由少數官員、學者、科員或利益團體決定婦女的需求，而非草根婦女的意見），更常見的是領導者突發的構想而引來下屬單位倉促的推行。例如：1960 年代的家庭計劃推行是為了達到國家所擬定的人口政策，實施的方式雖以女性避孕為主，但執行的方法是近乎強制性（劉仲冬，1995）。1971 年即完成的優生保健法草案，也擱置到 1984 年才在當時國民黨主席對人口政策的期望下，完成立法程序。該法制定過程中雖然有婦女團體首度介入公共政策的制定，並達到相當的影響力，但一般婦女的意見仍然沒有被諮詢（顧燕翎，2000）。又如全民健保的制定過程，只見醫師、藥廠、雇主、工會在爭權，完全見不到對婦女意見的諮詢，以致婦女只能被動式的被告知健保給付的項目，而無法讓女性重要的醫療需求項目去商品化（傅立葉，1998）。只成了無知的消費者，醫療科技發展的實驗品及國家達到目的的工具。
7. 無婦女參與。婦女健康政策的研擬過程未見政府進行任何婦女的健康需求調查，或徵詢過婦女的意見。即使是影響社會及家庭深遠的代理孕母政策，也不知依據為何，需求及影響層面多廣，衛生主管便可決定它的推行與否。再如哺餵母乳政策宣導，以母愛道德與嬰兒最大利益勸說，將責任加諸婦女，卻未大力勸說、規範職場設立集奶室，或是呼籲新生兒家庭如何提供支持給哺餵母乳的產婦，未能聆聽女性在哺餵母乳面臨的實際困境以及所需要的政策或策略協助，使未能成功哺餵母乳之母親飽受譴責。這樣的決策過程中，婦女的聲音完全被忽視。
8. 與國際未接觸，導致衛生行政因應時代新問題上的落差。即使近二十年來國際上所認定婦女健康定義早已不同，但我國衛生行政單位仍固守其原來對生殖及癌症的業務範疇，較少積極涉入新的領域，最後常是被動地去進行與婦女健康相關的業務。

衛生行政單位政策優先順序及業務範圍應是以民意為主，相關單位應再深思。尤其隨著社會結構漸趨複雜，新的社會問題不斷出現，更需要一個能快速反應民眾需求的政治機能。如有選擇性的分娩、不孕的預防、坐月子中心管理、瘦身美容商業的興起、荷爾蒙補充療法的濫用、子宮切除及剖腹產的過度醫療化等都是與婦女息息相關的流行健康問題。而各國婦女健康政策中相當重視的女性地位/兩性平權/兩性教育，我國僅在未成年青少年之性教育中會稍加提及。而生育健康強調的是生育健康權、有選擇性的分娩、居家分娩、助產士分娩、不孕的預防、安全的避孕方法、青少年與未婚的避孕，我國則是優生保健、合格人員接生、有效的避孕方法、不孕的人工生殖科技、有偶的避孕。

9. 缺健康促進。婦女健康的重點議題為女性癌症篩檢，篩檢屬二級預防，未能擴大至積極層面的初級預防與健康促進層面，如：生殖道感染預防、性病的預防、安全性行為、與乳癌相關的環境荷爾蒙暴露、飲食型態與生活型態等。再如：近年由藥商贊助，更年期醫學會主辦，中央健保局與北高市衛生局協辦的更年期月宣導活動，轟轟烈烈地在全國各地舉辦醫療講座，代表的是商業化賣藥物的機制與醫療化視婦女為病人的危機，卻未提健康促進改善生活型態的積極做法。
10. 缺性別敏感度，政策中具僵化及偏頗的性別概念以及父權意識型態。國內外的學者皆已揭示：男女性所面對的健康問題並不相同（胡幼慧，1991），但由於國內健康政策的制定仍由男性決策者為主（由各級衛生行政主管、政策諮詢委員、專業團體中性別比例懸殊可見），加上醫學研究中長久以來對女性的忽視，便出現了偏頗的健康政策。例如對婦女的癌症預防的關懷，只窄化在對女性特殊器具癌症的預防上，忽略了肺癌才是女性最大的死因。職業病及職業傷害的安檢及勞工體檢，著重在以男性勞工為主的行業，對女性勞工特有的職業病相對忽視，只重視維護女工生殖的能力。醫療資源也絕少分配到以女性為主的家庭內傷害及老殘照顧問題，對與各年齡層婦女有切身關係的經期健康維護亦缺乏重視。此外，我國健康政策中的父權觀念充分表現在對女性身體的控制。例如 1960 年代的家庭計劃推行以女性避孕為主，而不談更方便的男性避孕方法；優生保健法的制定使女性的子宮由原本文化中被父權控制的情形，惡化成由男性、醫療專業及國家聯合控制的結果。近年來人工協助生殖技術的發展，包括代理孕母的規劃，更使得所有已婚婦女被迫成為再生產工具，使傳宗接代的父權觀念得以延續下去。
11. 與婦女相關的健康政策主要著重在女性生殖功能上。對於新生代是否能健康產出的關心往往大於對女性個人的關懷，例如母乳推廣活動中強調哺育母乳對嬰兒健康的重要，卻沒有適當的醫療資源及育嬰假措施協助新產婦解決哺育過程中所遇到的問題；又如為了維護女性生殖的功能，所有女性工作者（無論是否具備生殖能力）在工時及工作項目上都受到限制。由於國家視女性為再生產的工具，而非具有健康權的獨立個體及公民，因此政策就產生「母性 > 女性」的結果，相對地忽略了未婚及不想生育的婦女的健康需求。
12. 經濟利益，醫療系統的利益 > 婦女的權益。例如 1960 年代家庭計劃的推行便被質疑

是美國廠商為推銷其發展的避孕器材所進行的商業行為（顧燕翎，2000），或我國為經濟發展爭取美援而應和美國對第三世界的人口政策（張珏，1993；郭文華，1998）。而我國四十年來醫療政策發展的結果，也使醫療專業的權力擴張，與女性生育健康息息相關的助產士結構萎縮，女性健康議題被醫療化及醫療技術濫用情形更嚴重。此外，近年來醫療界及衛生行政部門花了很多精力在發展不孕症的診療上，雖說是為了造福部份女性不能為人母的痛苦，實際上人工協助生殖技術所帶來的商機更是不容忽視（吳嘉苓，1998）。社會花在發展人工協助生殖技術上的成本相當高，但這些技術的發展是考慮到婦女的需求，男性的需求，還是醫療界自己的興趣就值得深入探究了。在代理孕母的決策過程中我們見不到性別分析，只見醫療科技的擴權，其實如何預防不孕症及如何健全兒童收養體系更是重要。又近年來因政策對中老年疾病防治的重視，使得更年期症狀及骨質疏鬆症防治受衛生行政單位的青睞，但只談用賀爾蒙補充的好處，卻未針對年輕女性宣導年輕時保留骨本的重要性。如果全國一半的人口需長年服用賀爾蒙補充，其所帶來的商機更大（張珏&陳芬苓，1993；張珏&張菊惠，1998）。在藥商經濟利益的驅動及醫療系統的擴權下，政府的政策需要小心以免成了幫凶，使婦女的身體被過度干預。

13. 衛生署與教育部或內政部未共同商議。例如最近內政部提出為提高生育率，提出每胎獎助五萬元，甚至衛生署研究計劃也提出研究有偶婦女為何人工流產的原因，以俾將來獎勵生產。教育部在性別教育與家庭教育中如何融入婦女健康議題？檢視教科書性別歧視問題等，都是待加強合作關係。
14. 未檢視公告的相關法規對婦女意義為何？是否以婦女本身利益出發？是否無性別偏差或歧視。
15. 缺少定期舉辦全國與各縣市婦女健康政策與法規落實情形的研討會。缺少縣市交流機會。
16. 行政院婦權會與衛生署分工合作的機制不明。該如何與衛生署的婦女健康政策和行政院婦女權益促進委員會的跨世紀婦女政策藍圖中的健康篇，作呼應、連貫、落實與監測，是值得觀察與呼籲的。

具體建議（政策與行動）

行政院婦權會的成立，其角色相當於香港的平等委員會、韓國的性別平等部，主要職責在於監督全國婦女處境之改善，政策監督以及與世界同步應是最主要目的。有鑒於婦權會於2001年決定督促政府各單位正視性別議題，行文要求各單位檢視是否有性別歧視存在、要求建立性別分開的統計報告、同時檢視政策內涵，先經由婦女權益報告的呈現，未來將持續檢視並追蹤各部門的執行情形，這是很好的做法。而張珏等（2000, 2001）在婦女研究立場，進行婦女健康需求國際比較，並向國建局提出建議，辦理行政人員婦女健康政策工作坊（附件一），介紹何為性別主流化、與健康的關係、政策制定過程、增長權力(empowerment)的模式，期待由下而上、由多數經驗、由性別檢視

來建構我國未來婦女健康政策。

他山之石

美國的婦女健康運動，呈現有典範轉移的現象。從過去僅視性別為關鍵因素，研究性別造成的健康不平等。至今，考量種族文化差異、弱勢族群等特殊群體的特殊性，同時檢視性別與群體間的差異，才能根本解決美國的婦女健康問題 (Sechzer et al., 1994)。而加拿大與澳洲的婦女健康特色是具有政策地方化與考量族群差異，同時強調健康促進與健康的社會面向，而歐洲與加拿大透過國際夥伴合作的方式，加強國家的婦女健康政策。近年來我國無論民間或政府都積極推動加入聯合國及世界衛生組織等國際性組織，希望我國能成為國際社會中的一員。但是我們很少注意到聯合國對其會員國的發展有一定的監督功能，它會要求其會員國得到某程度的改革，因此對於聯合國的新政策我們都應努力配合，不當落於世界趨勢之外。若我政府有心加入世界衛生組織，婦女健康正是最具體的試金石，也是該類國際組織在考量我國入會資格時所會檢視的重點。聯合國所提出性別分析主流化觀念值得倡導與普及，茲簡介如下：

聯合國提出「性別主流化的婦女健康」政策架構 (UN, 1998; 張珏, 2000)

「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，也便是女男共同參與政策決定、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[1, 12-14]：

(一) 釐清觀念：何謂生理性別(sex)、社會性別(gender)與健康關係。

生物生理影響健康與疾病：婦女因生殖與生育需要更多健康資源和生活品質。

社會的性別分工：來自經濟、家庭、制度等不公平與性別歧視、對婦女健康影響。

性別不平等對婦女健康的影響：暴力、隔離、忽視與偏見形成婦女身、心不健康。

性別不平等對男性健康的影響：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。

(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。

(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。

教育、內政、司法、經濟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、宣傳與預防。

女性主義觀點婦女健康的策略

意識覺醒：健康是權利，維護健康是大家的責任，婦女健康不容忽視。

伙伴關係：權利人人享有，資源均衡，是伙伴而非威權，中央與地方合作。

權力增長/活化個人能力：自尊尊人、自立立人、婦女能力發展、重視婦女經驗。

社區參與/決策：來自社區力量與婦女參與，整合與維護當地需求。

權力增長模式

權力增長模式是增加或提高人們獲得和接受資訊、網絡、資源、和決策能力的過程。權力代表控制與影響力，增加婦女對政策的控制，實質上如何增長權力就靠資源，網絡，資訊，決策。

資訊代表要問婦女在健康與疾病方面，其需要為何？能透過什麼管道得到？所獲得的資訊其措詞與文字是否能懂？這都是提供者的責任，而非一味的責備婦女(醫療消費者)無知。這種模式重視到文化差異與需求。網絡是透過通訊、互動、經驗分享，建立支持系統，例如以收音機替代海報增加作家事會收聽的婦女對資訊的接收。資源的形成來自活用各種可及性的管道，例如需要開展運動空間，則去與女青年會協商、去與公共汽車管理局協商調派車輛、去增加鄰里互動與互助機會。決策則代表親身參與使其引發為自己健康努力的動機與意願。

建議

本報告對未來修訂婦女健康政策制訂及工作策略/實施方式應涵蓋面向提出以下之建議。

1. 最高政府應對婦女健康政策做出嚴肅的承諾，並訂出完整的國家婦女健康政策，制定改善婦女健康的目標和時限，並制定實施監測和評價的方法。
2. 所有健康政策計畫、執行及評估過程中，皆應有女性參與，包括婦女健康專家，社區婦女等，把性別的分析納入所有政策制定的主流；性別影響分析應在政策執行前就進行。女性進入決策過程及醫療資源合理分配。
3. 由中央到地方的各級衛生單位，皆應有性別專家或受過性別敏感訓練的高階主管對其單位中的政策及執行進行長期的性別檢視；另在中央衛生主管單位設立獨立的「性別主流化」團體，定期與性別部門的同仁開會檢討，並發布監測報告。
4. 各級衛生主管單位應建立直接與需要服務者或其代表進行政策協商的模式，
5. 參照聯合國發行的「性別主流化」執行手冊，製作相關工作手冊給各級衛生單位，以俾其檢視決策過程是否具性別意識。
6. 把性別分析放在健康政策的主軸，在性別的大架構下再論及年齡層、族群性及地區性的健康差異。各年齡層女性，生理、心理之健康的照顧。
設立以婦女為對象的保健研究中心，進行性別問題敏感的需要評估，及對婦女特有

的健康議題進行研究，把傳統與民間醫療知識與現代醫學結合，而後將資料與婦女分享，使其能在得到充分資訊下為自己健康做決定。

7. 建立性別敏感的健康指標，除了傳統的死亡率或疾病罹患率之外，需加入社會及心理的生活品質指標；並發展相關的方法學使兩性健康問題能分別顯現出來。具性別意識，消除性別歧視。
8. 對現行健康服務人員及醫護學校學生進行性別教育，使其對婦女健康有正確的認識，讓婦女在使用醫療資源時不再受到障礙及歧視。
9. 改進衛生部門中現存性別職業隔離的現象，使更多婦女可以擔任重要的管理及行政職務，參與決策過程，提供女性需求的觀點。
10. 需建立跨部門合作關係。目前如性侵害防治屬於內政部，衛生單位提供醫療評鑑與服務、法務部又負責加害人監獄的處遇，但其中有不少無法銜接的問題；又如
11. 需建立醫療系同跨科別的合作。如前性侵害事件的發現與處理，醫院是屬急診搭配外科與婦科醫師檢查，但是若在其他科別醫師發現有受性侵害的婦女時，則其通報系統或處理相當混亂。又如更年期婦女所面臨多元醫療問題包括心臟、骨科、婦科、精神科、內分泌科、家醫科等，卻因為醫師專科本位主義讓婦女疲於奔命於各科間，卻不見改善問題反而引發新問題。
12. 國民健康局建立婦女健康資料庫。持續進行的健康調查資料、
13. 中央健保局持續分析並報告婦女疾病與醫療利用資料。
14. 分析每 3-5 年實施之國民健康調查，所彙整呈現的婦女健康狀態指標資料，是否具有性別敏感度，能否反映不同地區與不同群體屬性婦女的健康問題與需求，更應檢視調查內容是否考量兩性健康需求的差異，而能獲取真能反應婦女健康狀態的衛生統計數據。
15. 衛生署的婦女健康政策和行政院婦女權益促進委員會的跨世紀婦女政策藍圖中的健康篇，如何作呼應、連貫、落實與監測，是需要加強。
16. 重視婦女醫療保健消費權益。消基會對婦女健康消費權的呼籲提出對政府、對醫界、以及對民眾婦女們。政府要有積極監督醫界的行動；醫界不能與藥廠掛勾，提供資訊不明的藥物，造成新疾病的發生；婦女則能學習網絡建立，區辨不當處置的危險性，解讀媒體資訊誤導處。
17. 衛生署與各縣市公告相關婦女健康政策未整合。衛生署宜彙整各縣市相關的婦女健康政策與法令。
18. 台灣社會、文化、環境、生殖科技下的特殊女性健康議題；

<附件一>：歷年來與婦女健康相關的重要政策與行動

年份	政府重要政策及配合行動	計畫重點及意義	民間重要活動
1929	工廠法及其施行細則	1. 女工不得於夜間工作及從事特定危險工作 2. 產婦有八週產假，流產者四週 3. 工廠應設有哺乳室	
1952	成立省婦幼衛生委員會 1959 改成省婦幼衛生研究所	成立專責行政機關負責婦女生產健康	
1964	成立省家庭衛生委員會 1968 發布家庭計畫實施辦法 1969 發布人口政策綱領 1975 家庭衛生推行委員會改立成家庭計劃研究所	進行有計畫生育控制的工作	
1974	安全衛生法	限定女工及孕婦不得從事某些危險工作	
1984	勞動基準法	1. 雇主應給予女工哺乳的時間 2. 孕婦可申調較輕鬆的工作 3. 孕婦及哺乳期產婦不得於夜間工作 4. 女工加班時數限額	
1984	通過優生保健法	*健保不給付非治療需要之人工流產手術費	婦女新知等婦女團體在該法立法過程中表達意見
1989	開始研擬人工協助生殖技術管理辦法 1994 辦法實施 7/1995 全民健保給付不孕症的檢查治療費 1999 人工生殖法草案送行政院院會	代理孕母管理辦法	
1990	台灣地區新家庭計畫	重點在提升人口素質與生活品質, 降低青少年生育率	1. 臺大婦女研究室舉辦「婦女健康研討會」。2. 婦女新知基金會推出「婦女健康年」及系列講座。
1992	訂定母乳哺育推廣計畫 4/1993 奶粉廠商不得在醫院內提供樣品或訪視母親 9/1997 公立醫院禁打退奶針 8/1998 國際母乳週宣導活動	1. 將產婦住院期間是否哺乳列為醫院評估指標 2. 培訓母乳哺餵諮詢人員 3. 訓練義工媽媽拜訪醫院以推廣母乳 4. 每年補助各公共場所成立母乳室	主婦聯盟及消基會加入餵母乳推廣活動
1993	重視婦女癌症防治工作 7/1995 全民健保給付子宮頸抹片檢查 9/1995 「六分鐘護一生」子宮頸抹片檢查宣導活動	一、衛生所推廣乳房自我檢查工作 二、將子宮頸抹片檢查列為婦科常規檢查, 建立申報系統, 由衛生署補助相關費用。1. 給付三十歲以上婦女每年檢查乙次, 三十歲以下以個案處理。2. 台北市政府另補助三十歲以下婦女檢查費	
1994	台灣地區新家庭計畫第二期工作	重點在不孕症治療及降低青少年生育率, 加強男性對家庭計劃的了解	1. 臺大婦女研究室舉辦一整年的每月婦女健康座談。2. 婦女新知舉辦愛滋病座談為愛滋患者女性家屬尋找協助。3. 以婦女健康為工作主軸的女權會成主, 並舉辦社區婦女健康講座
1995	孕婦列為輔導禁菸的對象 女性被列入愛滋病防治的宣導對象		高雄婦女新知與信心基金會等合辦「第一屆女性醫學研討會」
1995	全民健保開辦產前檢查	一般婦女生產期間花費納入醫療福利體系中	
6/1995	國民黨婦工會召開婦女健康政策研討會		
9/1997		衛生署長張博雅表示未來婦女健康工作重點在推動全民健保, 加強孕婦產前檢查, 子宮頸抹片檢查	
1998	通過性侵害防治法及家庭暴力防治法	1. 表揚受理性侵害事件有績效醫院醫師。2. 台北市訂定醫療機構受理家庭暴力暨性侵害事件就醫保護作業要點。3. 衛生署公告性侵害事件醫療作業處理準則。4. 各地方政府成立家庭暴力防治中心。	現代婦女基金會投入性侵害防治工作, 許多婦女團體也投入家庭暴力受害者治療工作
9/1998	召開廿一世紀婦幼健康政策研討會	衛生署署長鼓勵婦女生育 2-3 個, 表示未來工作重點在優生保健及幼兒預防接種	
11/1998	台北市政府出版「台北市廿一世紀婦幼衛生白皮書」		女權會舉行「台灣婦女健康高峰會」
1999	衛生署開始研擬婦女健康政策	配合行政院長於 1998 年國家婦女政策會議中的對維護婦女健康的提示	
2000/2	高雄市衛生局成立高雄市婦女醫療倫理委員會		
2000/4	衛生署公告婦女健康政策		婦權會出版婦女健康藍圖

2002/1	兩性工作平等法通過	職場育嬰假、性騷擾等規定	婦女新知推動
--------	-----------	--------------	--------

資料來源：中華民國衛生年鑑、. 婦女新知及衛生署剪報資料、中華民國法規匯集