

計畫編號：DOH89-TD-1171

行政院衛生署八十八年下半年度及八十九年度

科技研究發展計畫

婦女健康促進與保護措施調查研究

期 末 研 究 報 告

執行機構： 國立台灣大學衛生政策與管理研究所

研究主持人： 張 珪

研究人員： 陳芬苓、張菊惠、許碧珊、李絜

執行期間： 88 年 11 月 1 日至 89 年 12 月 31 日

＊ ＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 ＊ ＊

目錄

壹、前言	2
一、研究問題之背景與現況	2
(一).婦女健康政策之全球趨勢	2
(二).台灣婦女健康政策之現況	3
二、研究目的	12
貳、材料與方法	13
一、各國婦女健康政策之收集與比較	13
二、婦女健康指標	14
三、婦女健康促進需求	14
參、初步結果	17
一、國際婦女健康政策	17
(一). 聯合國性別主流化	17
(二). 世界衛生組織的婦女健康政策	18
(三). 各國婦女健康政策之介紹與比較	20
美國	20
歐洲	27
澳洲	31
加拿大	37
日本	40
二、婦女健康指標	42
三、婦女健康需求	61
肆、討論與建議	74
一、各國婦女健康政策比較	74
二、婦女健康指標	77
伍、參考文獻	79

治療的經驗不當地推論到婦女身上，如冠狀動脈性心臟病及愛滋病(Doyal, 1994)。在保健資源的取得上，女性由於缺乏經濟自主權及交通工具，在丈夫及家人的干擾下減低其健康資源的適當運用；醫療體系內人員的性別偏見及優越感，也使女性對自己身體和健康難以掌有決定權。1998 年聯合國婦女地位委員會秘書長的報告中還指出，婦女在社會及經濟地位上的弱勢對婦女健康有負面的影響，如家務及照顧子女的勞動所造成的精神損害、照顧他人而無暇自我照顧的情況、及易成為家庭暴力的受害者。此外，在衛生部門中，女性擔任決策者及教育者的比例不足，使女性得到資源的機會減少，女性需要及優先事項得不到重視的情況(Commission of Women Status, 1998)。這些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，更是政府在擬定婦女健康政策時所需考量改善的重點。

因此，對婦女健康的觀點已由早期生理性的定義轉為社會健康觀點：認為健康狀況不只是生理問題，而是與社會環境、社經地位、政治資源交互作用的結果，婦女健康議題不再屬於私領域(即女性歸屬於男性與家庭)，而應透過政治議程制定明確的國家婦女健康政策。有了政策的指引，婦女健康提供者及運動者才有具體的依據與政府協商。聯合國今後對婦女保健的工作目標也著重在政策參與之上，以期女性能參與所有健康政策的計劃、執行及評估，使所有政策都具性別敏感性。

(二) 台灣「婦女健康政策」的現況

本研究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（見表一），透過歷史的重整討論政府對婦女健康觀念的轉變。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，也將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。最後，則加入 2000 年總統選舉時，各組候選人所提之婦女健康政策的比較，以作為預估未來台灣政府婦女健康政策走向之依據。

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（表一），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。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），新的勞動力能安全產生（如孕產婦保護）。但這類的保護條款在近代已受到批評，因為他們反而限制了女性在某些行業中就業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)。

壹、前言

一、研究問題之背景與現況

(一) 婦女健康政策的內涵

自 1970 年開始，世界已開發國家早已注意到母體健康之狹隘，而提出「生育健康(reproductive health)」的觀念，其包括經期健康（初經、停經），避孕、不孕治療，性病（骨盆腔感染、陰道發炎、梅毒、愛滋等），子宮、乳房相關保健（婦科癌症）。然而，若只針對生育部分，其實隨著婦女壽命之延長，許多相關保健與疾病已不再侷限於生育方面。因此，世界先進各國自一九八〇年代始，開始強調「婦女健康」的重要性。「婦女健康」包括的範圍除前述之生育健康外，尚有生殖權利、經期健康、愛滋病與其他性傳染病、職業傷害與環境公害、性侵害與家庭暴力、女性貧窮化及健康問題、心理衛生與藥物濫用、老年婦女健康及反性別歧視等(WHO, 1998; Commission on the Status of Women, 1999; United Nation, 1996)。除了女性特有的健康問題之外，若疾病的發生原因、嚴重度、治療方式、預防方式是男女迥異的則亦應被提出。例如女性罹患肺癌的原因與男性極為不同，其防治策略亦應不同。換言之，婦女健康議題之探討，有別於傳統婦幼衛生之角度，應以婦女之生命週期發展為主軸，同時考量不同背景之婦女（城鄉、社會人口學特性）之需求差異，由下到上反應出婦女自身的聲音(Doyal, 1997; Queensland Health, 1993; Sheldon & Thomson, 1998)。

根據聯合國第四次婦女問題世界會議報告，婦女與保健是十二項行動綱要之一。該報告強調婦女有享有最高身心健康標準的權利，這項權利的擁有將會影響到婦女參加公共和私人各項領域的機會。婦女的健康不僅僅指沒有疾病或不虛弱，而是指身體、精神和社會等方面完全健康的狀態(United Nation, 1996)。歐盟 1997 年婦女健康報告中特別討論五項重要婦女健康議題：飲食失序、愛滋病、家庭計劃、墮胎及對婦女施暴的問題；並有五項婦女健康的研究計劃及報告在進行，包括：健康促進及傷害預防、傳染性，稀少及急性疾病、工作安全衛生及健康、職婦生育相關權利、及婦女在健康機構決策中的角色 (European Union, 1999)。此外，依據 1989 年澳洲國家婦女健康政策報告(National Women's Health Policy: Advancing Women's Health in Australia)，婦女健康有七項優先的議題：生育健康與性發展、老年婦女健康、情緒與心理衛生、暴力下的健康醫療處置、職業健康與安全、作為照護者婦女的健康需求、及性別角色刻板印象對婦女健康的影響(周海娟, 1994)。

更重要的是，聯合國在促進婦女健康的行動綱領中還特別強調對基礎醫學、流行病學及保健等研究應加入性別分析，並強調公共衛生支出與保健資源分配上的性別平等(United Nation, 1996)。過去生物醫學以定量研究的方式，不易發掘具性別敏感的問題；往往只將婦女健康狹窄地侷限在婦幼衛生方面，在其他科別並不重視婦女的健康狀態，許多臨床研究的實驗也以男性為主，之後將男性預防與

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)。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，如煙害及愛滋病，雖然愈來愈多的女性患者是值得注意的現象，但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，例如二手菸同樣會傷害胎兒及造成女性罹患肺癌的情形；女性性病及愛滋病患者常是被先生傳染的情形，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。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。

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(表一)。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，「婦女新知」團體也在 1990 年推出婦女健康議題講座，「消基會」及「主婦聯盟」推行餵母乳運動。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申明全民健保的決策過程中應有更多女性參與。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「知的權力」(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)。

這些自發性的本土婦女健康關懷並未受到當局的重視，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」，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，並無對照當年白皮書內容提出評估報告。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，至今仍未推動。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，「婦女健康」才進入政策性

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（表一），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劃工作，1964 年原本由省婦研所負責的家庭計劃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劃推行委員會，1968 年的政府公布家庭計畫實施辦法，1975 年改制成研究所（表一）。這項至今仍在進行的人口計畫，有研究者認為政府當初推行的動機乃在爭取美援，卻以維護婦幼健康為口號以掩護其目的（郭文華，1998）。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劃墮胎後遺症有關的論文僅四篇（張珪，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，我們見不到政府負責任的態度，也看不到對婦女身體的尊重與關懷。

1960 年代的家庭計劃工作到 1980 年代之後轉變成優生保健及不孕症治療方面。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也不見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。

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），但是這些工

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。

上述的分析主要是以 1912 至今的台灣政府體系為分析的架構，但 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，我們也樂觀地期待健康政策上有所新的變革。

的討論。

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(馬英九行動白皮書，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(台北市政府衛生局，1999)。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。

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。
2. 以行政業務內容為分析，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(因吸菸會影響胎兒健康)，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)、

表一：歷年來與婦女健康相關的重要政策與行動（續）

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
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		
1990	1999 人工生殖法草案送行政院會 台灣地區新家庭計畫	代理孕母管理辦法 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 主婦聯盟及消基會加入餵母乳推廣活動
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	
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、由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,並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,三十歲以下個案處理 2. 台北市政府另補助三十歲以下婦女檢查費	

表一：歷年來與婦女健康相關的重要政策與行動（續）

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
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-為愛滋患者的女性家屬尋找協助 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 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	孕婦列為輔導禁菸的對象	一般婦女在生產期間的花費被納入醫療福利體系中	
1995	女性被列入愛滋病防治的宣導對象		
1995	全民健保開辦產前檢查		
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於推動全民健保，加強孕婦產前檢查，及子宮頸抹片檢查	
'98	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之醫院醫師 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	召開廿一世紀婦女健康政策研討會	衛生署詹署長鼓勵婦女生育2-3個，表示未來工作重點在優生保健及幼兒預防接種	

表一：歷年來與婦女健康相關的重要政策與行動（續）

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
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	

資料來源：1. 中華民國衛生年鑑

2. 婦女新知及衛生署剪報資料

3. 中華民國法規匯集

二、研究目的

1. 收集並比較各國婦女健康促進、支持政策及相關政策之異同。
2. 本土婦女健康促進需求、障礙與自主性探討。
3. 收集國內婦女健康指標資料與既有之婦女健康促進方案。

貳、材料與方法

本年度計畫共分三部分，各國婦女健康政策、婦女健康指標、婦女健康促進需求。

一、各國婦女健康促進政策之收集與比較

第一部份主要乃收集各國婦女健康促進措施及相關政策之資料，預計收集的國家有聯合國、歐美國家（如：美國、加拿大...）、澳洲、以及類似文化背景的東亞地區國家（如日本），收集內容為各國之婦女健康促進相關工作的發展過程，目前正執行中的婦女健康政策，及政府與民間互動的方式。除回顧國外婦女健康促進工作之制訂過程、政策架構與實際策略外，並進一步分析、比較各國制度之異同。

一般對於政策擬定的研究常依循 Easton 於 1965 年提出的模式，將其過程分為幾個階段進行討論：政策的輸入（input）、政策的過程（process）、政策的輸出（output）、政策的影響（outcome）及相關環境影響因子的研究。本研究擬進行的方式可分為二部份：首先，先對各別國家中現有婦女健康政策的制定背景、議題設定過程、政策形成過程、政策合法化過程、政策擬定中環境影響因子及最後呈現的政策內容與具體行動進行了解；除了官方的作法之外，更重要的是收集民間與政府互動的過程與模式，以為我國實際行動的參考。這部份的研究將分別呈現近十年來各國獨特的婦女健康政策制定過程及執行模式。其次是比較的部份，將針對各國婦女健康政策執行的架構進行比較，考量在不同文化背景下，其制度設計的差異（output），包括政策內容、服務提供的設計、福利的輸送管道、中央與地方衛生行政單位的配合、及民間與政府互動的模式。最後依據此比較結果，討論及建議我國未來可採行的婦女健康政策模式。

此外，依研究的目的，政策研究的類型可分為幾種（Hogwood & Gunn, 1981）：

1. Study of policy content
2. Study of policy process
3. Study of policy outputs
4. Evaluation
5. Information for policy-making
6. Process advocacy
7. Policy advocacy

本研究的目的仍屬第五種，是為了提供執政者未來制定相關政策時的參考之用，因此，在進行比較研究時，會特別著重在執行層面的探討，以助未來實際推動相關政策所需。

二、婦女健康指標

彙整目前國內之醫藥衛生資料庫，如：衛生統計、健保資料庫、國民健康保健調查、台灣地區家庭計畫統計年報、全國疾病傷害調查等，以及過去之醫藥衛生研究報告中，找尋與婦女健康有關之資料，建立全國性之本土婦女健康指標。

三、婦女健康促需求

婦女健康促進需求分成兩大部份進行，一是婦女健康促進推動者的訪談，另一則是基層婦女的健康需求探討。

（一）婦女健康促進推動者訪談

在婦女健康促進推動者訪談方面，針對學者、傳播媒體、政府部門、醫院與民間組織機構之關心婦女健康促進推動者進行訪談。訪談大綱為：推動健康促進的經歷，推動過程中面臨的挫折與阻力（資源取得、民眾的回應、同儕的看法、遭遇困難時的因應）？婦女健康促進的看法？健康促進推動工作上的男女性別差異？婦女健康需要被關注的需求是什麼？哪些是被忽略的？影響婦女健康的主要因素是什麼？哪些是促進因素？哪些是障礙因素？對推動婦女健康促進有何建議？

陸陸續續於民國 89 年 1 月至 89 年 7 月間進行訪談，訪談所得資料，仍在分析處理中。目前已完成 15 位，包括學者 8 人，政府部門工作者 2 人，傳播工作者 2 人，醫院 2 人，民間婦女團體 1 人，將再繼續訪談民間婦女團體推動婦女健康者。每段訪談時間皆盡可能控制在一個半小時左右，避免不同訪談時間造成太大的參與者回憶經驗差異。研究者在會談的開始，皆預先向參與婦女解釋訪談之目的、方向，並鼓勵其盡量發言，並告知因為研究必須錄音的重要性，請求參與者同意錄音。訪談後並致贈專家諮詢費用。訪談過程中由兩位採訪者進行採訪與錄音的工作，最後錄音資料以電腦轉譯成逐字稿以供分析時使用。

婦女健康促進推動者訪談大綱：

主題一：健康促進理念

議題一、在推動工作上有男女性別的差異嗎？

探究 1. 您認為性別的差異在哪裡？

議題二、推動過程中面臨的挫折與阻力？

探究 1. 資源取得方面？

探究 2. 民眾給予的回應？

探究 3. 同儕對你的工作的看法？

探究 4. 遭遇困難時您如何面對呢？

主題二：對婦女健康促進的看法

議題一、您認為婦女健康的主要需求是什麼？

議題二、 您認為影響婦女健康促進的主要因素是什麼？哪些是促進因素？哪些是障礙因素？

探究 1. 個人所屬家庭與自身角色的影響呢？

探究 2. 社會文化的影響呢？

探究 3. 制度結構的影響呢？

探究 4. 醫病關係的影響呢？

探究 5. 性別不平等的影響呢？

探究 6. 生態環境的影響呢？

議題三、 站在您個人的立場，您會對推動婦女健康促進有何建議？

探究 1. 對政府的建議？

探究 2. 對民間團體的建議？

(二) 基層婦女的需求探討

台北地區目前完成的是空中大學學生之開放式問卷調查，就醫經驗中的性別意涵、障礙、需求，以及對制度、政策上的建議。

新竹地區開始著手針對 30 歲以上家庭主婦與職業婦女進行訪談。目前訪談對象分為純家庭主婦與有全職工作者兩類，全職工作者再依其工作之階級，區分為獨立工作或高階主管、行政文書工作者、工廠中階主管、作業員四組。訪談大綱為個人之健康促進經驗，包括：平時是如何促進健康的(運動、生活型態、飲食、行為、心理、醫療行為、民俗)？那一種方式對健康最有幫助，也能會持續做來促進健康的？為什麼這種(些)方法您覺得對您的健康有幫助？在進行時您的感覺如何？以前曾做過那些促進健康的事，或有過類似的念頭，但沒有成功，或持續不下去，為什麼(角色、工作壓力、社會文化、醫病關係、性別不平等、環境)？婦女對健康主要的需求是什麼？而針對有職業的婦女，則再特別再收集關於工作環境與制度對健康與健康促進的影響，並探詢職場中的性別差異。關於基層婦女的健康需求部份，目前仍在進行資料之收集與分析中。基層

新竹基層婦女健康促進需求訪談大綱:

A:個人經驗

1. 您覺得談到一個人「健不健康」指的是什麼？
(身體、心理、精神、人際、工作)
2. 您個人目前有沒有特殊的健康問題？(或剛經歷過健康上的問題？)
3. 您覺得目前這些健康上的問題來自什麼原因？(在醫生告訴您之前)
(家庭壓力、工作壓力、情感、神祕的力量、本身體質弱)
4. 您是如何處理目前健康上的問題？
5. 就您個人經驗，您覺得做家事是有助或有損您的健康？舉例？
6. 就您經歷過不同的人生階段而言，您能不能談一談個人身心健康生命歷程？人生中有無重要轉換點對您的身心健康有影響的？

家人、朋友、社會的支援有那些？

7. 您平時是如何促進健康的？

(運動、生活型態、飲食、行為、心理、醫療行為、民俗)

8. 到目前為止，有沒有那一種方式讓您覺得對您的健康最有幫助，而您也有可能會持續做來促進您的健康的？

為什麼這種（些）方法您覺得對您的健康有幫助？

在進行時您的感覺如何？

9. 您以前曾做過那些促進健康的事，或有過類似的念頭，但沒有成功，或持續不下去，為什麼？（角色、工作壓力、社會文化、醫病關係、性別不平等、環境）

10. 男女性健康促進上有沒有差異？如果有是那方面？為什麼？

11. 在推動婦女健康促進上您有沒有什麼建議？

對政府、公司、民間團體？

12. 您認為婦女對健康主要的需求是什麼？

B:對有職業的婦女

1. 就您所知，您的同事是否遭遇相同的健康問題？

和你們目前的工作性質有關嗎？

公司是否曾想辦法解決您們在這方面的健康問題？

2. 您覺得你們公司的工作設計（包括工時、工作性質、要求、環境設計、管理等）是否有助或有損女性員工健康？

男性員工是否有相同的健康問題？如果沒有，他們是否普遍有什麼健康上的問題？

您的工作場所中是否有提供任何活動、獎勵或設備是有助員工健康促進的？

訪談之資料分析方式以開放登錄（Open Coding）方式進行於每次訪談結束後，將錄音資料轉譯成逐字稿。同時輔以訪談筆記，再對逐字稿中參與訪談者的對話或語言進行標籤、形成類屬、命名，在對具有屬性的概念或面向進行描述與探究，再以更高級的成軸登錄（Axial Coding）與選擇登錄（Selective Coding）形成研究脈絡。

參、初步結果

一、國際婦女健康政策

(一) 聯合國性別主流化

將性別分析融入主流政策 (gender mainstreaming)的工作方針

聯合國婦女地位委員會於 1999 年 3 月 1 日至 19 日舉行大會，這次議程特別以「婦女與保健」和「性別相關國家機制的建立」為主題，會中不斷強調及檢視「將性別分析融入主流政策（以下簡稱為「性別主流化」）」在各國執行的成效。究竟「將性別分析融入主流政策」是什麼觀念？出自何處？目前全世界各國又如何加強這方面的工作？

「性別主流化」是一個新觀念，這與早期婦女參與國家發展(women in development)是一個脈絡，但也代表由只單純談婦女問題進展到需融入男女一起思考，亦指女男應共同參與政策決定、規劃、評估。「性別主流化」源自 1985 年第三次全球婦女大會時，與會成員所提出的概念。直到 1995 年第四次全球婦女大會，該大會的行動綱領進一步明確指示：要求各政府未來需將性別觀念融入主流政策的制訂中，中央政府與其他部門皆應積極努力，排除所有阻撓婦女全面參與社會發展的障礙。今後，各國政府在政策執行前，均需進行性別的分析，瞭解政策的內涵是否存有性別扭曲，或其執行的結果是否可能會因性別而有不當處置或差別待遇。在那次大會之後，各會員國也被要求提出後續執行的報告(follow-up)以追蹤其成效。目前性別主流化已被納入聯合國 1998—2001 年的中程計劃中，聯合國強調在它未來所有全球計畫中都應加入性別的角度，婦女應被授權完全參與需求的定義及政策的制定，希望透過這種重新思考的模式去除不平等的根源 (Reanda, 1999)。

根據聯合國文件對「性別主流化」的定義：它是一種重組、增進、發展、評估政策的過程，能使性別平等的觀念整合於所有政策中，無論是中央或地方各層次在政策決定的過程中，就需要檢視是否有男女性共同的參與決策，及是否過去兩性平等政策只偏重在幾個政策面。「性別主流化」的分析方法為(1)具性別觀點：男女共同參與發展；(2)採性別分析：探討權力關係、資源分配中各種角色責任、男女的決定參與、男女的關係、位置、處境等；(3)覺察性別影響的政策決定過程與規劃：各種政策的研究、規劃與評估中是否包含男女共同參與，是否以提升與促進兩性平等為目標；(4)組織發展：有機制地促進男女領導能力、競爭力與支持系統。「性別主流化」的工具則為加強性別敏感性與兩性平等的訓練；加強知識體系的建構；提出男女分開的各種統計或相關資料 (Commission of Women Status, 1997)。

過去所推行兩性平等的改革結果，政府往往著力於為婦女設計一些特別的方案法令，以特定群體為對象或平衡特定議題中的性別不平等為出發點，或是設立一個分別的婦女部或委員會以處理所有女性相關的議題，使得婦女議題常被隔離

於主流政策之外，但是兩性平等是不可能存在於經濟文化政治過程中無分配任何權力及資源給女性的社會中。在過去女性只是政策之客體，而非政策控制者。因此，「性別主流化」的策略強調政府在所有政策的研擬過程中便需加入性別的考量，使得因性別所具備的特殊性、興趣與價值都能被考量。性別主流化是融入式的，永續發展式的，也是一個多重軌道及多項層面的改革過程(Commission of Women Status, 1998)。它不能代替傳統的性別平等法案，但它與特定性別法案可以相輔相成，具有同樣目標：促進性別平等。換言之，婦女的議題不應只被視為是個分隔的議題，只被分配到稀少的權力及資源，近來各相關的會議皆已確認特定性別改革方案及全面性地將性別納入政策主流分析的兩項做法應同步進行(Reanda, 1999)。

究竟「性別主流化」的觀念要如何落實？目前幾個國家執行的例子值得參考。首先，菲律賓於 1986 年推行一項婦女發展計劃，並將之納入「國家中程發展計劃」中，這項計劃由所有政府部門執行，但由全國婦女委員會(NCW)及國家經濟及發展會(NEDA)共同監督執行成果，且 NCW 直接屬於總統府。如此一來，婦女能接近決策核心且將性別意識納入國家主流的發展計劃中。此外，哥倫比亞政府則是發佈政策研擬手冊給各級政府，令其檢視決策過程是否具性別意識；並且組成性別訓練員(gender trainers)的網絡，以訓練政府官員、政治家及地方公務員具備性別意識[3]（註二）。歐盟的作法更多面化：(1) 成立獨立的男女平等委員團；(2)成立跨部會男女平等團，成員為各部門中的高階主管負責監督自己部門中性別主流化執行的情形；(3)另成立性別主流化官員團體，提出「性別影響預估指引」及定期進度監督的報告；(4)在所有政府決策及執行單位中成立性別部門(gender focal points)參與所有政策擬定；(5) 針對歐盟在中央、地區及各國的工作人員進行定期性別訓練課程。歐盟未來的目標是各部門自行訓練出性別專家(internal gender experts)、發展出性別主流化的方法學、及發展性別非集中化資料(sex-disaggregated data) 與指標以測量進度 (Doyal, 1997)。

(二) 世界衛生組織的婦女健康政策

世界衛生組織(World Health Organization, 以下簡稱 WHO) 近年來也漸重視婦女健康的促進，過去 WHO 曾有「婦女、健康及發展計畫」，1992 年並成立「全球婦女健康委員會」，並於 1999 年正式成立「婦女健康部」，把婦女健康納入正規的行政體系中。WHO 婦女健康部的主要功能在於知識的建立，將發展一套完善的實証基礎以促進相關政策、計畫及策略之擬定，彰顯婦女在生活歷程中健康需求被忽視的情況，並改進婦女接近良好健康資源的障礙。其工作重點將包括建立全球貧窮及不幸婦女重要議題，建立婦女健康行動的議程，倡導婦女健康議題及權利，將婦女健康需求整合入 WHO 及其會員國的健康政策中。婦女健康部未來將結合 WHO 在各地進行的計畫，邀請聯合國的相似機構及各國非政府組織一同研商婦女健康需求的重要議題，最後訂出一套週延而有條理的婦女健康政策。

為了配合北京會議的行動綱領，WHO 目前正在進行中的策略包括 (WHO,1999)：

1. 增進女性在生命歷程中進入適當、質佳且負擔很起的健康照顧資源、資訊及服務之機會。
2. 建立婦女健康促進之預防性計畫。
3. 針對性傳染病、HIV/AIDS、性健康及生育健康等議題，進行具性別敏感度的檢視。
4. 增進婦女健康相關研究及宣傳。
5. 監督婦女健康之後續追蹤行動。

此外，近年來 WHO 的工作成果還包括 (WHO, 1999):

1. 社經發展

重視經濟、政治、環境、社會及性別刻板印象對婦女健康的影響。WHO 在超過三十個以上國家支持政府將健康納入國家發展的政策之中，希望改善貧窮對健康的影響，尤其是女性人口。WHO 並開辦一個「機會窗口」，宣導健康，尤其是婦女健康的發展潛力，並與各相關部門、國際組織及開發銀行密切合作中。

2. 健康部門改革

WHO 發展出糾正健康系統及服務的指導方針，以期提供需求人口更平等、可接近、及可負擔的服務，特別是婦女中的弱勢團體。

3. 透過女性識字力及跨部門行動促進健康

自 1986 年起 WHO 即推出「全民健康(Health for All)的跨部門合作行動」，會員國同意要將健康目標整合入其他政策中；針對易受傷害的團體發展平等取向的健康策略；並將易受傷害團體的健康狀況納入國家發展策略的指標當中。一些合作國家也由三個層面去提昇婦女健康狀況：提高女性識字力、可以維生的經濟活動及社區為主的健康服務。

4. 性別主流化

在新的全球健康政策中：廿一世紀的全民健康，性別與人權、平等和倫理同時被列為是達成全球全民健康政策的基石。1996 年 WHO 內部的性別工作團體出版一本技術性的書：性別與健康，以期促進 WHO 的工作同仁對性別議題更加了解；1998 年該團體更推出「WHO 性別政策」草案。1998 年政策証據與資訊團 (EIP) 開始負責 WHO 中性別主流化的工作，1999 年四月 WHO 的內閣也開始採用性別主流化的政策，全球健康政策証據計劃 (GPE) 則負責執行協調整合的工作，這些 WHO 的性別敏感工作都是為了鼓勵會員國能自我設立類似的工作目標。

WHO 國會及執行部更設立一個目標：希望將 1985 年所訂的 WHO 工作成員性別比例 30% 的標準，在 2002 年前提高到 50%，目前還有很長的路要走，但為了對其會員國起示範作用，WHO 要更努力。目前 WHO 在各洲的工作站已漸漸將性別主流化納入原本的計劃中，也正促使各會員國將性別納入國家健康政策與計劃中，並針對各國健康部長及其他健康行政首長進行性別敏感度課程，傳播如何將性別主流化納入健康政策與計劃的方法。

5. 婦女健康的倡導及政策

在美洲的工作重點放在整合非政府組織及政策執行在開羅及北京的決議：在性及生育健康上達成性別平等的目標。在歐洲方面，婦女健康已是 WHO 健康城市方案中的一部份，WHO 正在編寫一份教導女學生如何避免成為暴力對象及健康飲食的手冊。在東南亞部份，WHO 的工作比較在啟發層面，呼籲大家重視婦女健康被忽視的現象，向各地婦女宣導健康資訊。此外，WHO 也訓練印度地方選出的女性代表去應付影響其社區的健康問題及如何避免再發生類似的健康問題，由女性領導人的教育去改變政策的決策過程。

未來 WHO 將制力於縮減政策與執行間的差異，及知識與態度轉變的差距。為了達到促進婦女健康的目標，一定要得到高層次的立法及政治承諾的支持才能實現。但如果要達到健康政策決策層面的改變，一定要整合醫學教育及研究才可行，因為女性還是決策層面的少數，目前發現改革最困難的部份是對健康專業人士及決策者的再教育，很難說服他們具有性別敏感度的重要性及接受這方面的觀念。

(三) 各國婦女健康政策之介紹與比較

美國

一、背景

美國自 1970 年代開始有婦女健康運動，但一直僅限於民間團體。1973 年美國女性實務工作者出版第一本波士頓婦女健康叢書「Our Bodies, Ourselves」，以平易的方式提供實用的婦女健康資訊，倡導婦女對自己的健康負責任，有別於傳統醫師門診時所提供的資訊。

在 1980 年底 National Institutes of Health 從全國死亡與疾病的資料與統計，指出婦女健康面臨危機，統計資料除了顯示婦女有特定的健康問題外，還隱含下列的事實 (Allen & Phillips, 1997)：

- 未來女性將成為人口的多數，而且更容易罹患疾病。
- 雖然女性比男性多活 7 年，但是女性的健康比男性差。

- 一些健康問題已經女性比男性更盛行。
- 女性比男性有更高比率的慢性病、活動限制。
- 女性有獨特的健康問題，或是疾病對女性的影響不同於男性。

1985 年「Women's Health: Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues」報告，定義五個婦女健康議題的標準。該疾病或情況必須是單一會發生於女性的（unique），女性比男性盛行的（more prevalent），女性比較嚴重的（more serious），女性的危險因子不同於男性（risk factors different），女性的治療方式不同於男性（interventions different）（Donahue，1993）。

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。到現今，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）。

二、行動

1989 年，Congressional Causes for Women's Issues（CCWI）呈現出 National Institutes of Health（NIH）在婦女研究上的缺乏。1990 年 NIH 第一位女性首長 Bernadine Healy（MD）在 NIH 內創立了婦女健康研究部（Office of Research on Women's Health，以下簡稱 ORWH），沒多久，Healy 即宣佈一項長達十四年，625 億美金的「Women's Health Initiative」計畫，有史以來最大的婦女健康計畫，從 1993 年秋天開始（Sharp，1993）。

此外，Society for the Advancement of Women's Health Research 於 1990 年二月設立，以喚起大眾對這些議題的注意，同時建立達到顯著性長期改變的必要性支持。它的首長部會（Board of Directors）包括來自醫學、科學、公共政策與政府領域的婦女健康領導者。重要的早期的贊同與支持來自美國護士協會、美國精神科協會、美國婦產科學會。1992 年春天，Society for the Advancement of Women's Health Research 開始發表 Journal of Women's Health 季刊（Sharp，1993）。

另一個重要的階段是 1990 年，CCWI 的副主席 Patricia Schroeder 與 Olympia Snowe，聯合 Henry Waxman，要求 General Accounting Office（GAO）稽核 NIH 的婦女與臨床研究。結果，GAO 的報告顯示，NIH 內部在執行鼓勵納入婦女為研究對象或性別的分析研究政策上，進展太少，未遵照自己的政策。雖然 NIH 早在 1987 年就訂定婦女健康研究的相關政策，但直到 1989 年細部執行的綱領才擬定好。但 GAO 卻發現 NIH 並未有系統地監測政策的成效，亦無法提供關於過去到現在所贊助的研究計畫，只含括男性樣本的數目資料給 GAO。GAO 的報告亦批判 NIH 在評估一個計畫的科學價值時，破壞自己要將婦女納入研究的目標。最後 GAO 也注意到 NIH 的政策僅用於外部的研究，內部的計畫則沒有（Snowe，1990；Auerbach & Figert，1995）。這個結果引起國會廣泛地發言討論，同時也在官方單位引起眾多反應（Sharp，1993）。

CCWI 的婦女健康是發起於 1989 年，伴隨著 GAO 發表婦女被排除於 NIH

的醫學研究的報告後，引發一連串的效應 (Sharp, 1993)。諸如：1991 年 NIH 內設立 Office of Women's Health，以刺激、協調、執行完整的婦女健康議題於研究、服務輸送，並透過公共衛生服務教育 (LaRosa, 1997)。婦女健康研究的經費戲劇性地增加，尤其是乳癌、子宮頸癌、卵巢癌。同時也建立避孕與不孕研究的州立財源中心 (Sharp, 1993)。

國會方面，1990 年六月，兩位國會女議員 Schroeder 與 Snowe 提出 Women's Health Equity Act (WHEA)，它是一套設計來提昇研究、服務與預防領域中婦女健康地位的法案。1991 年二月再次被提出。這兩次的提案已經激發國會內對婦女健康議題的新瞭解，新的 WHEA 在第 103 次國會又被提出來。而在第 102 次的國會會期，亦獲得熱烈的回響。有兩項成為立法辯論焦點的法案，National Institutes of Health Revitalization Act (最後被布希總統否決)，與 Labor-Health and Human Services Education appropriations bill。此外，通過的兩項法案是乳房攝影的品質保證標準、早期透過篩檢與治療性病以預防不孕的新計畫 (Sharp, 1993)。

1991 年六月，在 James O. Mason (Assistant Secretary for Health，同時也是 Head of the Public Health Services) 與 Louis W. Sullivan (Secretary of Health and Human Services) 的要求下，PHS 成立 Office on Women's Health。1992 年十二月 Mason 擴大它的功能。Office on Women's Health 會向 Assistant Secretary for Health 建議所有與婦女健康有關的事。它的責任是確保 PHS 的「婦女健康行動計畫 (Action Plan for Women's Health)」的執行，並結合 PHS 以領導婦女健康 (Donahue, 1993)。

除了 NIH 設立 ORWH 外，州政府單位也紛紛設立婦女健康單位 (Sharp, 1993)。州政府亦是以相似的架構在推動婦女健康。但是因為各州經費與行政單位不同，因此並沒有全國統一的婦女健康政策與醫療健康服務。而其他聯邦政府單位，亦展開婦女健康的推動。例如：FDA 成立 Office of Women's Health，訂定關於婦女藥物試驗的原則。另外 The Agency for Health Care Policy and Research 亦成立 Office of Women's Health，發展合適的疾病篩檢與介入措施。The Health Resources and Services Administration 也成立 Office of Women's Health，與 NIH 合作，發展合適的、具性別差異的教育於醫學校與醫事人員的在職教育 (LaRosa, 1997)。

以下分別就 NIH 的 Office of Research on Women's Health，與 PHS 的 Action Plan for Women's Health，作更詳盡的說明。

1. NIH 的 Office of Research on Women's Health

過去婦女健康的研究僅限於影響生殖器官的疾病，研究樣本亦多為白人、中產階級的婦女。成立 ORWH 有三個目的：(1) 希望加強、發展、增加單一發生於女性、女性較盛行、嚴重、危險因子不同於男性的疾病、障礙、情況之研究；(2) 確保婦女能適當地被納入由 NIH 贊助的生物醫學與生物行為研究，特別是臨床試驗；(3) 開始增加生物醫學女性研究員 (Pinn, 1994)。

ORWH 於 1991 年著手聆聽大眾的意見 (public hearing) 與學術性的工作坊

(scientific workshop)，採用這兩個策略以界定群體間的落差。在聆聽大眾意見方面，有 90 個以上地區性與全國性組織提供未來研究的方向。而學術性的工作坊則訂出如何在基礎研究與應用研究中達到上述的研究行動的指引。特別強調的觀念是跳脫傳統限於生殖器關的研究，擴大至全部器官系統與行為因素 (LaRosa, 1997)。報告書於 1992 年完成，這是 ORWH 的第一份報告，譯成為 ORWH 日後研究命題的指引 (Pinn, 1994)。

另外一件 ORWH 扮演關鍵顧問角色的是，1993 年 NIH 的「Women's Health Initiative」計畫，一項長達十四年，遍及 100,000 位婦女的計畫，檢驗主要死因、疾病，與所有種族、所有社經階層的老年婦女在健康上的弱勢（心臟病、中風、乳癌、直腸癌、骨質疏鬆）。此外 ORWH 亦協助 NIH 發展婦女、少數民族參與臨床試驗的綱要。

ORWH 的另一個主要目標是增加女性生物醫學研究員，而首先要作的是先界定障礙，再增加機會。1993 年 ORWH 從外包的研究計畫，著手增加機會給女性生物醫學研究者，1994 年擴大至內部的研究計畫。這個措施，使多許多因生育、家庭照護責任而中輟的女性研究員，能有機會再次進入 (Pinn, 1994)。

ORWH 與 NIH 合作執行的行動計畫，ORWH 關注兩個層級工作，一是提供經費增加 NIH 的婦女研究，二是標的四項研究的領域。提供經費研究的議題有：STDs 的治療；不同種族與民族婦女的疾病差異因素；遭受身體與心理虐待婦女的生理、心理健康危險因素；肺癌；心臟血管疾病等。四項標的研究領域為：生育健康、泌尿健康、自體免疫疾病、職業健康 (LaRosa, 1997)。

2.PHS 的 Action Plan for Women's Health

參與的 agencies 有 Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)、Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA)、Centers for Disease Control and Prevention (CDC)、Food and Drug Administration (FDA)、Health Resources and Services Administration (HRSA)、Indian Health Service (IHS)、National Institutes of Health (NIH)。參與的計畫幕僚單位有 National AIDS Program Office (NAPO)、National Vaccine Program Office (NVPO)、Office of Minority Health (OMH)、Office of Population Affairs (OPA) 與 Office of International Health (OIH) (Donahue, 1993)。

每個單位都從自己的工作範圍內計畫婦女健康行動，從研究、預防、健康照護可近性、教育與資訊、訓練與政策的面向介入。雖然研究與訓練不能立即看見成效，但卻能對未來的婦女健康提供建言。所設定的婦女健康優先議題是急慢性疾病、生活型態行為、健康照護可近性、研究參與 (Donahue, 1993)。

各單位的工作目標分別為，AHCPR：執行 AIDS 與 HIV 感染婦女的照護可近性與照護品質促進研究。ADAMHA：關注會影響婦女不平衡的疾病，如憂鬱症。一開始特別針對高危險群青少年、育齡婦女、低收入婦女。CDC：降低乳癌與子宮頸癌的死亡率，降低婦女吸煙的發生率。FDA：發展網路與健康教育計畫，支持婦女學習良好的健康執行。提供產品的好壞處資訊，例如：隆乳與口服避孕

藥。HRSA：提供偏遠地區、貧窮、少數民族增加健康照護的可近性。IHS：每一個 Indian Health Service 執行地區至少建立一個主要的婦女健康中心。NIS：將婦女納入由 NIS 贊助的臨床研究中，繼續推動對婦女健康有特別影響的疾病研究，例如：骨質疏鬆、心臟病、乳癌等（Mason，1992）。

三、以紐約州為例（New York State Department of Health，1994）

紐約州的婦女健康改革架構有五個面向，每個面向都有充權（empowerment）、整體性（holistic approach）、安寧美好（wellness）三個次面向。

1. 消費者/提供者的互動

- 與醫療提供者的互動應該被尊重與充權。
- 提供者應視婦女為一完整的個體，整合生物、情緒、精神系統，不應將婦女分段處置。
- 提供者應被訓練整合生理與心理健康，以作最為健康照護的重要組成。

2. 輸送系統

- 健康服務的提供不得歧視、排除婦女。
- 健康與社會服務應整合以對尋求照護的婦女提供全面性的支持。
- 健康服務應關注於 wellness，協助婦女建立並維持自己、家庭與社區的健康生活習慣。

3. 健康訊息與教育

- 健康教育應建立自尊與適應變化。
- 提供者教育應點出影響婦女健康的生物、情緒與社會議題。女孩與婦女的教育應完整，並考慮所處社會環境的多元化。
- 學校與媒體應運用於促進健康的生活型態。健康教育應提供有用的資訊，包括生存、健康促進、疾病預防。

4. 政策與決策

- 健康政策應對全部的婦女提供相等的服務，並鼓勵婦女參與改革。
- 政策過程應包括利用服務群體的意見。
- 健康政策應該支持改革朝向更完整的健康照護模式。

5. 研究

- 研究應納入婦女，並彰顯婦女的需求。
- 研究模式應整合多元的健康相關議題，以建構更完整的瞭解。
- 健康促進應該支持 wellness 與預防取向的介入措施。

改革的行動有四大目標（goal），每個目標下有數個目的（objective），每個目的下有數個建議（recommendation），每個建議下又有數個行動（action）。而整個婦女健康改革的考量是整合健康照護輸送系統、健康照護教育系統、研究命題、健康照護財務計畫與一般社會大眾的觀點。

命題、健康照護財務計畫與一般社會大眾的觀點。

目標 1--促進消費者與提供者的互動

目的 1：整合婦女健康於提供者的訓練

建議 1：發展並執行婦女健康課程訓練計畫

行動：1.1 界定潛在的財源以作為發展婦女健康課程提供者訓練計畫之計畫基金。

1.2 設立婦女健康資源中心，負責課程發展合作，計畫整合重要的組成於訓練計畫中，對訓練機構提供技術性協助。

建議 2：繼續教育要素

行動：2.1 SED/DOH 在作業上強迫資格再審驗，與提供者專業組織合作，建立婦女健康的繼續教育。

建議 3：發展執行要領

行動：3.1 DOH 發展婦女健康的執行要領。這個要領由由醫療提供者專業組織代表（例如美國醫學協會、美國婦產科學會、美國護士協會、助產士）與婦女消費者、提倡者，共同來制訂。

建議 4：評估婦女醫療照護的個別性需求

行動：4.1 婦女健康工作小組開始檢視現存的健康照護提供者計畫與醫學校的觀念形成過程。

目的 2：擴大整合合適的提供者

合適的提供者包括：

臨床上合適的提供者：

文化上與語言上合適的提供者：

婦女需求上合適的提供者：

建議 1：擴大訓練的機會給中級的提供者與家庭開業者

行動：1.1 增加初級照護者供應的工作，針對擴大中級提供者訓練計畫數目與能力，與醫師訓練的內容相同。

1.2 紐約州立大學尋求資金以發展、擴大助產士與執業護士訓練計畫於州內所有的地區。

建議 2：開業者

行動：2.1 DOH、州保險單位、DSS 授權發展管理 Medicaid 與私人保險，讓助產士、執業護士、醫師助理與護士提供的服務，能獲得足夠的保險給付。

2.2 DOH 發展醫院補助誘因，以鼓勵醫院擴大使用助產士。

2.3 DOH 界定潛在的資源，以提供計畫基金給到紐約州北部的偏遠地區獨立開業的助產士生產中心。這個中心可以提供基本需要，擴大助產士與初級照護產科醫師訓練與就業機會，符合成本效益同時也提昇照護的品質。

建議 3：招募提供者時保障婦女與少數民族

行動：3.1 SED、DOH、OMH 擴大並改革目前的助產士、執業護士、醫師助理與醫師獎學金計畫，以增加偏遠地區服務。

3.2 婦女健康工作小組檢驗少數民族與婦女參與訓練計畫之障礙，並討論改變機制以方便婦女，特別是低收入社區的婦女。

3.3 DOH 發展職業流動優先權以創造機會給非傳統團體成為技術性的健康專業人員。這些計畫提高現存半技術性健康照護工作者(主要是女性)的等級，進入缺額的職業。

建議 4：擴大社區健康工作者的使用

行動：4.1 DOH 與 DSS 檢視與 Preferred Primary Care Providers、Managed Care、Family Planning、HIV Primary Care、Primary Care Initiative 合約，以確保他們所提供的服務獲得合理的補助。

4.2 DOH 透過 Managed Care 提出一個示範性計畫，決定訓練的需要與服務的多變性。CHWs 可以提供與評估整合 CHWs 納入初級照護模式的效益與成本效益。支持社區健康工作者的訓練計畫

目的 3：教育女孩被告知與充權婦女

建議 1：整合婦女健康議題於公立學校課程

行動：1.1 SED、DOH、DFW 與一群婦女健康照護專家、健康教育者，檢視現存初級與中級學校的健康教育課程，並發展需要的課程。同時採用誘因系統以擴大學校使用護士教育者。

目的 4：教育婦女被告知，並行動參與健康互動

建議 1：擴大以社區為基礎的教育活動

行動：1.1 DOH、DFW、OMH、DFY、DOCS、Governor's Office for Black Affairs、Hispanic Affairs、Rural Affairs，開始以社區為基礎的公共意識喚醒計畫，以便在地區發展有效的健康促進工作，如乳癌、子宮頸癌篩檢、暴力防範等。

建議 2：擴大以職場為基礎的健康教育

行動：2.1 工作小組成員有 Civil Services、Employee Assistance Program、Office for the Prevention of Domestic Violence、Office of Alcohol and Substance Abuse、Office of Mental Health、Division for Women and Department of Health 的代表，發展並傳播同儕教育計畫於公私立職場。

建議 3：擴大媒體活動宣揚婦女健康議題

行動：3.1 婦女健康工作小組召集提供者、健康教育者、消費者，以整合一個有效的媒體方案。

建議 4：發展醫療人員的教育能力

目標 2--適當的服務輸送系統

目的 1：增加偏遠地區服務的可及性

建議 1：簡化 Medicaid 適用化的過程

- 建議 2：擴大 Medicaid 的適用性
 - 建議 3：擴大 Medicaid 的服務，並提供足夠的補助
 - 建議 4：初級健康照護服務設備的可及性，確保基層照護服務供給婦女的需要
 - 目的 2：發展完整照護模式
 - 建議 1：發展完整初級照護服務的模式
 - 建議 2：發展地區服務網絡
 - 目的 3：社區參與健康服務計畫與輸送
 - 建議 1：擴大並強制實施社區參與的需要
 - 建議 2：修訂新機構設立的需要條件
 - 目標 3--彰顯婦女需要的政策
 - 目的 1：州政府當局關心婦女健康議題
 - 建議 1：在每一個單位設婦女健康協調者
 - 建議 2：發展健康改革計畫
 - 目的 2：增加社區婦女的參與，關心地區性的需要
 - 建議 1：發展擴大社區參與政策制訂的結構
 - 目的 3：整合合作以繼續朝向廣大基礎的婦女健康命題前進
 - 建議 1：修訂婦女健康整合工作小組的方向，從地區性到全面性
 - 目標 4--針對婦女的研究
 - 目的 1：擴大研究的命題
 - 建議 1：要求研究命題的性別基礎評估
 - 目的 2：將婦女納入研究試驗
 - 建議 1：發展臨床試驗參與者要求
 - 目的 3：增加女性研究者、少數民族研究者的參與
 - 建議 1：改革科學教育
 - 建議 2：在州政府單位內提供有薪的實習
 - 目的 4：研究要彰顯當地的需要與背景
 - 建議 1：擴大以社區為基礎的研究
- (因行動太多了，目標 2-4 的行動未詳列出來)

歐洲

一、背景

1992 的世界衛生會議 (World Health Assembly) 明確指出「婦女健康必須給予最高程度的能見度與急迫性」。因而鼓勵世界衛生組織 (World Health

予最高程度的能見度與急迫性」。因而鼓勵世界衛生組織（World Health Organization，文後簡稱 WHO）歐洲分區開始投注於婦女健康。早在 1991 年，來自西歐與中歐的 WHO 會員國，於為雅也納召開婦女的工作坊時，即建立了網落。1994 年，每一個 WHO 的歐洲會員國，都被要求選定一個婦女健康的焦點。這些各國所提出的議題即形成歐洲婦女健康討論會（European Women's Health Forum）。

由於東歐與西歐國家間健康的落差極大，第一階段的工作先針對 WHO 健康城市（Healthy Cities）計畫中的 11 個國家與 1 個城市。第一年的工作是「婦女健康的強調」，作各個國家間的詳細比較分析，成果發表於 1994 年 2 月 16-18 日在維也納舉行的「婦女健康的重視：中東歐的婦女健康研討會」。有來自 40 個國家共 270 位參與者，發佈一份共同聲明，提出透過 WHO 歐洲分會以提昇婦女健康的六點原則。

第二階段，提出六個行動的優先地區，雖然 WHO 的歐洲地區會員國遍佈整個歐洲，但首先特別關注於中東歐與前 USSR 獨立國家的婦女。

最後，描述這六個地區政策的機轉，透過 WHO 歐洲分會強化婦女健康政策改革的約定。

二、原則

婦女健康投資（Investing in Women's Health）的六點原則，建立在 WHO 的公平（equity）、人權（human rights）與初級照護（primary health care）前提下，形成追求婦女健康的基礎。六個原則包括：健康的投資、人權、生命週期健康、充權、對婦女提供友善且適當的服務、兩性關係，以下逐一說明。

1. 健康的投資（investment in health）

婦女是社會的重要資源。聯合國與世界銀行的許多研究都清楚顯示，對婦女的投資能獲得高報酬率的快速成長、更高效率、更多的節省、降低貧窮。透過婦女健康的促進，政府可以在經濟與社會發展上獲得顯著的成果。婦女健康的投資更有助於自身的權力。她們能輔育較健康的兒童，促進居家與社區福利，降低健康照護成本，產生更大的生產力。女孩與婦女的教育、兒童支持、婦女與兒童的居家與基層健康照護，必須成為政策制訂的重要優先。

2. 人權（human rights）

WHO 定義健康是一種基本的人權，但是這個原則並未被充分運用於婦女與她們的健康需求。性別的不平等是一種流行病學事實。公共衛生的介入措施必須針對此不平等。婦女有性及生育的選擇。婦女應被認可有權控制自己的性與生育，且應被視為是一種基本人權。生育權力的合法化應與聯合國「去除所有對婦女歧視條約」一致，保護婦女有選擇性與生育的權力。

3. 生命週期健康（life-span health）

婦女健康必須立基於 WHO 所定義的健康，包括生理、心理與社會的安寧狀

態。嘉惠婦女的健康政策必須從整個生命週期考量她們的健康，並能反應婦女生活面的社會、政治、經濟現實。

4. 充權 (empowerment)

婦女的充權來自她們有能力結合在一起去作改變。婦女需要成為在形成健康政策、決策與實施計畫上成為領導者。這是推動婦女健康議題的先決條件。

5. 對婦女提供友善且適當的服務 (women-friendly and appropriate services)

健康的策略與服務必須尊重與保護婦女的尊嚴，確保她們有隱私權。沒有個人或團體因為性別而遭受到歧視或烙印。健康服務必須是對性別敏感的，並合適於特殊需求的婦女。

6. 兩性關係 (gender relationships)

婦女健康的顯著性改變暗示男人與女人間關係的轉移。男人與女人都需要分擔家庭計畫與子女養育的責任。

三、行動

大多數中東歐國家 (Countries of Central and Eastern Europe, 以下簡稱 CCEE) 與前 USSR 的新獨立國協 (Newly Independent States, 以下簡稱 NIS)，正面臨人民健康的惡化。例如：CCEE 的婦女平均餘命差距平均在 5-10 歲。大多數 CCEE/NIS 的妊娠死亡率正在升高中，其中有一些國家甚至比西歐國家高出十倍。因此，需要立即的回應與長期的投資策略，以扭轉這個趨勢。

CCEE/NIS 的健康體系改革有數個挑戰，在研討會中先擬定六項婦女健康的優先議題。這六項優先議題如下。

1. 降低妊娠死亡，提昇妊娠安全性 (reduced maternal death and increased maternal safety)

- 提高婦幼衛生服務的品質。
- 更具成本效益的產前檢查。
- 增添以婦女為中心的輸送服務。
- 促進哺餵母乳。
- 增添助產士的知識與技術。
- 不適當醫療科技的抵制性保護。
- 降低不安全的墮胎。
- 高品質的墮胎照護。

2. 性健康與生育健康的促進 (promotion of sexual and reproductive health)

- 對未成年女孩與男孩更多的性教育。
- 擴大避孕方法的可及性。
- 多種避孕方法的選擇。
- 整合家庭計畫服務於社區中。
- 性病的秘密檢驗與諮商。

- 性病的治療。
 - HIV 感染者與 AIDS 病患的秘密諮商。
 - 性工作者的諮商。
3. 對婦女有利的補助政策 (the introduction of women-friendly reimbursement policies)
- 避孕成本的補助。
 - 基層醫療的優先補助。
 - 預防服務與健康促進計畫的優先補助，特別是心臟病與中風。
 - 提供乳癌與子宮頸癌的篩檢。
4. 健康生活型態的促進計畫 (promotion of programs for healthy lifestyles)
- 促進健康的營養。
 - 促進心理衛生。
 - 支持禁煙的生活型態。
 - 對藥物濫用者提供治療。
 - 促進老年的健康。
5. 降低婦女暴力 (reducing violence against women)
- 視家庭暴力與強暴為公共衛生議題。
 - 制訂並實施法律以對抗毆打與強暴。
 - 立法抵制強迫婦女賣淫與買賣人口。
 - 對需要的婦女提供諮商與庇護所。
6. 改善女性健康工作者的工作處境 (improving the situation of women working in the health care system)
- 確保女性健康工作者有較好的待遇、較好的工作環境、較高的地位。
 - 任命更多的婦女擔任領導職位。
 - 提供高品質的繼續教育。

四、婦女健康政策的政治協定

研討會上所擬定的政策方向皆已在進行中。但有許多仍需要強化婦女健康政策改革的協定。此意味著要有更多的婦女居於領導地位，並確保政策制訂的互動過程中，婦女團體與非政府組織能完全投入。有六點政策機制被建議：

1. 國家應該建立一個婦女健康的單位，負責發展交叉的婦女健康政策與行動計畫。
2. 國家的婦女健康討論應該在每一個國家召開。
3. 國家應發展一個交叉婦女健康政策可信的資訊基礎，包括教育、勞工、福利與住宅部門。需要建立性別化、非整體性的婦女社經與健康狀態資料之報告與監測系統。
4. 國家應定期出版完整的婦女健康報告書，並發表於議會、媒體、一般大眾。

5. 國家應發展婦女健康研究的策略，標示出優先研究的議題，並提出事後的行動方案。研究應是多學門的，並支持發展婦女健康的新社會流行病學。所有的國家應增加婦女健康的研究。
6. 所有的歐洲會員國，應該製作婦女健康報告給 WHO 婦女健康的地區辦公室，並於聯合國世界婦女研討會中發表。同時資料也應在歐洲經濟協定會議上發表。

五、展望

WHO 希望能建立一個歐洲地區婦女健康網絡中心，以協助婦女健康的研究與訓練，同時繼續透過定期國家比較監測婦女健康。

在行動之初聆聽各地婦女的需求與關注的議題，社會與文化差異應被瞭解與尊重。但另一方面也必須將婦女健康相關研究的發現結果告知婦女，很重要的是，如此的機轉可以充權婦女，使婦女能照護自己的健康。

婦女健康是一個跨越國界、政治體系與文化差異的議題。國家的合作是相當重要的。WHO 應該主動尋求其他聯盟組織以共同支持婦女健康投資。

(WHO Regional Office for Europe, 1996)

澳洲

一、背景

隨著英美等國婦女健康運動的發展，澳洲在 1960 年代末、1970 年代初，也出現女性主義者批判現代醫療的婦女健康運動。這些批評主要來自許多婦女的共經驗，醫師對婦女本質的看法，以及因持該看法的治療方式，都是淡化婦女事務、忽視婦女需求、使得婦女保持緘默與順服的強大社會力。

在婦女健康運動中，婦女體悟到除非她們能自己掌握自己的身體，否則就無法掌握自己的生活。因此開始關心切身的藥物治療及醫生（主要是男性醫師）的服務等問題。婦女對這些不如人意的醫療體系所做的反應是組成自助團體，其中女性主義者的理念與行動更扮演一個重要的角色，她們企圖改革並重新定位健康照護，特殊婦女健康服務的密集網絡也隨之發展，許多社區導向的婦女團體也環繞著特殊健康議題組織起來。

二、婦女健康運動的原則

澳洲的婦女健康運動有六項原則，分別是充權、健康的社會觀點、社區參與、預防取向、公平與可及性、相關與適當。以下逐一說明。

1. 充權

使婦女能掌握權力，以獲取較公平的資源分配，而婦女也更能掌握自己的生活，選擇健康的生活方式。在澳洲社會，金錢、權威與知識是約略等同於權力的三項資源。

2.健康的社會觀點

除了生理、心理、遺傳、細菌等因素之外，仍有其他的因素（例如：經濟、情緒等）決定人的健康狀態。

3.社區參與

既有的醫療體系鼓勵婦女把健康的責任交給專家（醫師、政府官員等），但是專家並非具有適切的態度、動機、與知識，為婦女最佳的利益著想。因此這些服務不是不相干就是不適合，尤其是對貧窮、不同種族、民族、或社會少數群體的婦女而言情況就更糟了。

為了滿足自身健康需求，社區婦女需具備三種基本資源：(1)動機：通常是婦女對主流服務的不滿意；(2)資訊（包括如何在各健康層次取得並改變重要決策過程）：社區提供婦女許多聚會機會（例如學校家長團體、媽媽俱樂部），她們可以聆聽並分享其他婦女的經驗，從而質疑既有之男性主導且不利婦女的健康方式。因此，社區婦女可說是站在最佳位置上，以取得自身健康需求和滿足需求之適當方法的資訊；(3)金錢：是促進有效社區參與的要素。

4.預防取向

健康體系強調生物醫學、高科技檢驗與治療，是阻礙預防健康的結構性因素。因此，主張以告知民眾改變生活方式為達到預防疾病目的之方法。資訊佔有重要地位，但不單只限於提供資訊，因為人們選擇健康的生活方式，部份是受到社會因素而非資訊不足的影響。

5.公平性與可及性

公平取得影響健康決策的資訊、資源及權力，而非只是公平取得現有的健康服務。特別是非英語系背景的移民婦女、居住於偏遠地區的婦女、貧窮婦女，是有迫切需要的標的群體。

6.相關與適切的服務

相關指服務必須是符合婦女真正的需求，適當則指考慮使用該服務婦女的文化、流動、年齡、價值等特性。要滿足這兩項要求的關鍵在於社區參與，經由諮商而設計、實施的健康服務，才是符合婦女的最佳利益。

三、行動

澳洲婦女健康運動提出的六大原則，與 1974 年聯邦政府提出的「社區健康計畫」、WHO 的「Health For All by the Year 200」，在很多面向是一致的。女性主義採取的主要策略有兩項，一是發展選擇性的健康服務，另一是改革直接影響公共政策與健康體系的活動。成果為在各地區設立婦女中心，同時亦制訂相關婦女健康政策與健康服務。以下分別說明婦女健康中心、婦女健康政策、以及原住民與非英語系背景婦女健康服務，作現況說明。

1.婦女健康中心

澳洲婦女團體與美國婦女團體所採取的策略不同，她們向公共部門要求經費

以設立婦女健康中心。1974 年聯邦政府從社區健康計畫撥款成立婦女健康中心，例如：Leichardt Women's Health Center、Peth Women's Health Care House..等，均先後於 1970 年代中期成立。

婦女健康中心最初只關注「基礎婦產科醫學」、「生產健康服務」及「社會心理健康」等議題。但目前的服務範圍已擴大至「職業與環境」、「性與身體暴力的相關服務」、「為特殊需求的團體提供服務（包括：非英語系背景婦女、殘障婦女、鄉村婦女、同性戀婦女..等）」、「與原住民社區機構合作，共同對原住民婦女服務」、「老年婦女」、「女性主義者對吸煙、酗酒與藥物濫用的看法」、「個人諮商」、「健康資訊」、「地方社區發展活動」、「支援地方婦女團體」等。

婦女健康中心一方面提供婦女診所照護、衛生教育及健康促進。另一方面健康中心的個案也提供當前婦女生活議題、公共政策、社會及經濟對婦女影響的第一手資料。不但有助於健康體系與公共政策的變遷，同時也可以支援其他婦女團體特殊健康論題的需求。

但是因為婦女健康中心的經費來自於政府，政府傾向直接的服務援助並要求高品質的成果。但是健康促進的成果通常不易計算，甚至要依賴逐漸摸索出來的方法論，而要立即評估這些方法論似乎言之過早。另一方面，改革現有醫療體系與支持基礎健康照護的再定位，總是被視為找麻煩，因為這一連串的行動，都是透過某種程度之權力或資源的再分配，以達到健康促進的目的。因此，要發展能適用，且具保護政府、社區與健康服務之合法利益的經費援助和會計責任的機制，將是一項新的挑戰。

2. 國家婦女健康政策 (National Women's Health Policy)

1975 年，澳洲聯邦政府因應聯合國的「婦女十年」，於 Brisbane 召開「第一屆變遷中社會的婦女健康 (Women's Health in a Changing Society)」會議，該會議的五冊記錄成為推動澳洲婦女健康的重要參考文獻。1985 年「第二屆國家婦女健康會議」於 Adelaide 召開，為婦女十年畫下句號。兩次婦女健康會議均將婦女健康問題推上公開討論的議題，並指出婦女在健康方面的劣勢地位，與現有健康範圍的狹隘，希望能透過政治議程，制訂婦女健康政策。

1985 年 Liza Newby 被派任為聯邦婦女健康顧問，並協調為時一年的婦女健康政策發展。1987 年澳洲衛生部長諮詢委員會 (AHMAC) 設置「婦女與健康小組」，為國家健康政策發展提出建議，並對 AHMAC、衛生部長會議與 Liza Newby 報告成果。1988 年透過社區廣泛徵詢婦女意見，匯集出版「變遷的架構 (A Framework For Change)」，採取社會健康的模式，亦即社區的健康狀況是與較廣泛的資源分配等社經議題相關聯。同時提出 16 項建議草案：(1)採行國家政策取向；(2)婦女健康原則；(3)政策目標；(4)婦女健康的優先選擇、(5)聯邦與州/領地的責任劃分；(6)婦女健康服務的提供；(7)提供婦女健康教育與資訊；(8)取得並參與決策-婦女既是健康的消費者也是提供者；(9)政策間的相互協調；(10)資源分配-平等；(11)資源分配-聯邦給予經費；(12)婦女健康與醫療研究之優先課題；

(13)婦女健康狀況資料；(14)健康專業人員與照護者的訓練；(15)諮詢與立法架構；(16)簽署、實施與監督發展。

1989 年婦女與健康小組提出「國家婦女健康政策」報告書，並促成「國家婦女健康計畫 (The National Women's Health Program)」的實施。該計畫的經費由聯邦與州/領地各分擔一半。目的在於改善婦女首要醫療健康，尤其是婦女的需求。執行方式是經援社區導向的組織，擬定有關國家婦女健康所認定的七項優先議題計畫。七項優先議題分別為：「生育健康與性發展」、「老年婦女健康」、「情緒與心理健康」、「婦女暴力」、「職業衛生與安全」、「照護者的婦女健康需求」、「性別角色刻板印象對婦女健康的影響」。

國家婦女健康政策發展的另一項政策是「國家心理衛生政策」，提供計畫性且能感知婦女需求與期望的援助服務。1989-1990 年開始「選擇性生育服務計畫 (Alternative Birthing Services Program)」，協助設置助產士服務，提供婦女傳統分娩病房之外的另一種選擇。1990 年聯邦政府經援「乳癌早期偵測國家計畫」，1992 年經援「子宮頸癌篩檢計畫」。

3. 原住民與非英語系背景婦女健康服務

原住民與非英語系背景的婦女，由於其相對弱勢的社經地位、語言障礙、文化差異與教育程度等因素，使得她們在健康服務與資訊的取得上，比一般婦女面臨更多的困難，因此必須在對她們的健康需求需給予特別的關注。

原住民明顯較差的健康狀況，不緊深植於本質上的社會不平等，同時也與其隸屬的文化脈絡相關。原住民社會呈現出人、動物與土地（神話與心靈、肉體與精神合而為一的世界）三者的密切整合。對原住民婦女而言，土地即健康，健康即生活，唯有透過人與土地、人與自然交融在一起，才是原住民整體醫療 (Holistic Medicine) 的本質。

為使相關的原住民健康計畫能更滿足原住民需求，採決策參與、自我決定與原住民自行管理的社區健康服務策略。擴大既有的原住民醫療服務到所有原住民社區，並與國家原住民與島民健康組織，共同計畫、發展、執行、監督與評估原住民健康計畫。澳洲聯邦政府亦自 1990 年起經費支持國家原住民健康策略，由各級政府與原住民社區團體共同合作。

澳洲的移民婦女約佔總婦女人口的 12%，由於種族、語言、文化的差異，使得這些婦女的健康需求比其他婦女更複雜，也造成健康服務利用的障礙。非英語系背景婦女健康的主要特徵為，與工作有關的疾病傷害比率較高，心理與情緒不佳的發生率也較一般為高。

1989 年「多元文化澳洲國家議程 (The National Agenda for a Multicultural Australia)」，將非英語系背景婦女取得健康服務視為「可及性公平性策略」的優先問題。非英語系背景婦女聯邦-州議會於 1991 年出版「國家非英語系背景婦女健康策略」，作為此項健康服務的指導方針。首先採取社區諮商的方式，瞭解她們的健康需求，聯邦與州政府再針對各種需求發展相應的計畫與策略。對非英語

系背景的婦女而言，雙語/雙文化從業人員協助她們取得服務、傳播資訊、解說相關健康知識和社區服務，是當前滿足她們健康需求的兩大先決條件。

四、澳洲對北京婦女行動宣言而有的因應行動

策略目標一：增加婦女整个人生有適當、負擔得起、有品質的健康照護、資訊及相關服務。

澳洲的健康照顧系統

1. Medicare：在公立醫院的住院病人免費，私人醫院則有分擔。
2. 私人健康保險：澳洲有 31% 有私人保險，政府鼓勵私人保險，並在老人與女性上有特別的方式優惠。
3. 一般實務：General Practice 策略整合人員致健康照護體系，平衡分布的不同。
4. NPHP：全體整合，以性別和文化角度整合國家政策發展和回顧。
5. 社區健康部門：社區健康中心提供基礎健康照護，尤其是婦幼健康照護，亦結合非政府服務提供者。

國家婦女健康政策與計劃

1. National women health policy：1987 年澳洲衛生部長諮詢委員會(AHMAC)設置「婦女與健康小組」，為國家健康政策發展提出建議，並對 AHMAC、衛生部長會議與聯邦婦女健康故為報告成果。1989 年婦女健康小組提出「國家婦女健康政策」報告書，與可代表百萬澳洲婦女的個人、團體會議，目的在促進澳洲婦女健康與 well-being 及增進健康系統更能反映婦女的需求，有 7 點優先健康議題：1. 生育健康與性發展(sexuality) 2. 老年婦女的健康 3. 婦女情緒與心理健康 4. 對婦女的暴力 5. 職業衛生與安全 6. 照顧者的婦女健康需求 7. 性別刻板印象對健康的影響。
2. Public health outcome funding agreements: 中央給錢，地方實行。
3. Innovative partnership model: The Jean Hailes Foundation: 一個整合商業社區政府一個很好的例子，結合政府與非政府的錢，提供針對女性的臨床照護、研究和社區教育。

策略目標二：增進可以促進婦女健康的預防性計畫

婦女健康的主要議題和 initiatives：

1. 心血管疾病：主要死因，已納入 National programme for health gains.
2. 乳癌：政府投下大筆計畫在研究乳癌，尤其在早期篩檢和對乳癌病人的支持服務上，BrestScreen Australia 是一個全國性的乳房篩檢計畫。
3. 子宮頸癌：1999-2000 年有 The national Cervical Screening programme 計畫，計劃包含預防、篩檢、以及篩檢後的診斷和治療等等，同時也有多種活動配合教育，包括利用媒體、和醫生合作、訓練女性專業人員等等，亦考量文化差異。
4. 哺育母乳：哺育母乳對母子都好，所以有 The National Breastfeeding Strategy，

其中包括家庭教育、雇主支持、健康專業教育和資料蒐集等等，希望能至少在孩子最初六個月能哺育母乳；也結合國際組織與其他政府組織一起推動。

5. 國家免疫計畫：做接種調查與各種推動，也和週與領地一起合作，尤其注意原住民地區的狀況。
6. 身體活動：The Active Australia initiative 鼓勵和支持所有澳洲人有身體活動，增加為女人設計的硬體設備、2000 雪梨奧運和支持幾個傑出運動女性選手等都是鼓勵女性運動的方法。

策略目標三：保證有性別敏感度、可滿足性傳染病 HIV/AIDS 和性及生產健康議題的 initiatives

1. HIV/AIDS：通報系統、預防、教育計畫，尤其注意文化差異，結合非政府組織和其他部門運用各種方式結合
2. 女性外陰切除：澳洲政府堅決反對，利用教育和司法解決
3. 生產健康：原住民和其他澳洲居民差很多，要特別重視，尤其注重文化的可接受性。
4. 另類生產：1989 開始有 Alternative Birthing Services programme 目的有：1. 建立助產士服務，承認懷孕和生產是生命中正常的情境，只需要極小的介入，包括婦女是主動者和提供持續性的照護。2. 提供省有試驗另類生產，使其成為常態中的一部份 3. 鼓勵省與領地發展成對原住民婦女適當的模式 4. 促進消費者：健康照護提供者瞭解和察覺到有廣泛的生產選擇。
5. 家庭計畫：包括避孕選擇、懷孕測試、諮詢，提供安全、可負擔的起和可近性高的家庭計畫可降地墮胎情況，但在澳洲並非全面禁止墮胎。

策略目標四：促進研究和宣傳婦女健康資訊

1. National health and medical research council(NHMC)：1994 年發展 Women's health strategy and implementation plan，主要是確定女性是被納入到研究中的，包括婦女參與臨床試驗，1999 年同入 1.3 億美元給有關婦女的研究。
 2. 1995 年有 Australian longitudinal study on women's health，目的是找出促進與導致女性健康的因子，還有釐清健康體系和婦女健康需要間的交互作用。其研究結果將會指引未來婦女健康政策的實行與發展對婦女與家庭更好的服務。
- 此外還有針對一些婦女的重要的議題作研究：
- 1 心理衛生 2. 吸煙 3. 藥物 4. 營養

策略目標五：增加資源和追蹤接下來的婦女健康

national women's health policy 和所有計畫都會有評價。Australian longitudinal study on women's health 資訊將會發表。

婦女的特殊需要

鄉下婦女：Health Horizons' 遠距醫療和遠距健康計畫

原住民婦女 3.非英文背景的婦女 4.老女人

婦女團體

澳洲婦女團體在促進婦女健康上發展了有兩方面（周海娟，1994），一為改革直接影響公共政策的活動，另一為選擇性的健康服務，尤其是在各地成立婦女中心，其向公共部門要求經費設立婦女中心，1974年後，聯邦政府從社區健康計畫中撥款設立婦女健康中心，其功能一方面在提供婦女診所照護衛生教育及健康促進另一方面健康中心的個案也提供當前婦女生活議題、公共政策、社會及經濟對婦女影響的地一手資料，因此，有助於健康體系與公共政策的變遷，亦可支援其他婦女團體健康論題的需求。

加 拿 大

加拿大婦女健康事務處

1993年8月在健康加拿大(Health Canada)下成立加拿大婦女健康事務處，其主要角色在於發展政策與將這些政策整合至其他加拿大健康部門的工作中，最終，為了趕上北京行動綱領與聯邦計劃的目的——性別平等，婦女健康事務處意圖增加加拿大健康系統在所有工作中對婦女的健康需要與關注的反應力。

健康加拿大對婦女健康有幾個資源：

婦女健康策略(1999，3月)

生理和心理

家庭暴力

婦女和物質濫用

更新加拿大乳癌提案(1998-2003)

加拿大女人的 HIV 和 AIDS(1998)

回顧婦女健康(國家健康討論—1997)

加拿大/美國婦女健康討論會(1996，8月)—兩國在婦女健康上的合作計劃

婦女健康策略

婦女健康策略設計用來確定在健康加拿大責任範圍下，包括婦女在其一生中會面對的生命情境和與生物社會環境有關的問題等，婦女和婦女的健康議題將會被全面的考量到，以群體健康觀點為主，強調全面性別基礎的整合所有健康部門計劃和政策發展工作。

7個特徵：

平衡、尊重差異、平等、證據基礎、連貫的、多部門的及可累積的。

目標：其主要目標在藉由增加健康系統女性和婦女健康的反應，來增進加拿大的

健康，有四個次目標支持此目標：

確保健康加拿大的政策與計劃可以反映性別差異與婦女的健康需要。

婦女的健康議題被當成一個聯邦部門的年度計劃來考量。

與兒童和與年齡相關工作、系統中，性別的考量將會特別加入。

健康部門中所有的法規工作建議中，性別分析由加拿大司法部門的性別平等特別小組來實行。

所有委員會和諮詢團力求男性女性人數平等與有性別敏感度的人士參與。

增加對婦女健康及婦女健康需求的知識與了解

兩個支柱：

五個 centres of excellence for women's health 研究發展有關婦女健康的知識的重要主持中心。

加拿大健康網絡(CWHN)：一個代表個地省和替趨，超過 70 個組織的網絡，是一個可以溝通加拿大健康的下層結構，可以增進了解婦女的需要與情況。

支持有關婦女研究計劃：家庭暴力、護士研究、乳癌、慢性病、心理衛生、包括女童的自尊、其他的補充性或另類健康照護研究

1996 年所有的臨床試驗都要納入女性

和美國合作

發展有關婦女與健康地位的指標，CIHI(Canada institute for health information)每四年發表一次婦女健康報告。

研究是加拿大政府在形成與監控政策與計畫的重要工具。(Kazanjian, A. 1998)

支持有效的健康服務供給給婦女

評估所有政策對性別的不同衝擊

注意可近性(包含社會、地理、社會經濟障礙而影響婦女低使用服務等)

婦女的心理健康、老女人的議題、女人有酬與無酬的工作角色和家庭暴力問題將被優先注意。

減少過度醫療化和過度處方(over-prescribing of drugs)的使用。

建立模式來增進婦女參與決策權。

追蹤婦女需要

透過預防性的測量與減少危害婦女健康的風險因子來增進健康。

藥物與醫療方法的檢驗

子宮頸癌與乳癌的篩檢

與社區團體、公共衛生、國家及專業組織合作來預防 HIV/AIDS

減少威脅婦女健康的環境傷害、職業傷害

抽菸問題

以性別平等的架構來促進兒童、青少年、中年人及老年人在支持性的環境中生活。

婦女的家庭與工作間的壓力問題

營養、規律運動

特別關注原住民

新知提醒與啟發，而健康加拿大與其他聯邦政府的單位合作達到目標三和目標四。

婦女的特殊需要族群：

原住民女性

其他少數民族女性

單親母親

加拿大重要議題

1988 年召集地區婦女健康工作團體的會議中的報告中提到：心理健康、生殖健康、女性特有的癌症、職業與環境健康、營養與行動生活(Kazanjian, A. 1998)

1997 年的國家健康討論提出九點健康策略改革的方向：1.減少導致社會不平等或暴力的權力不平等 2.緩和婦女雙重的工作量 3.確保不同女人在健康研究、計劃和服務運輸上都有得到誠實的參與 4.支持原住民婦女和使婦女能夠教育自己 5.支持發展婦女和家庭為主的健康服務 6.對抗對女性過度的醫療化 7.處理健康系統改革對女人的障礙 8.支持婦女研究 9.支持婦女的領導角色。

婦女建言團體

加拿大健康政策形成與執行上上，婦女建言團體佔有重要的地位，Maharaj (1999) 指出在婦女建言團在加拿大照顧政策上的角色上，有三個部分可以使力，一、改變議程，二、監控系統、三、維持狀況，其中有兩個很有名的例子，一個為安大略省助產士的再現，本來在 1980 年代以前助產士逐漸衰弱，但在 1981 年成立了 Ontario Association of Midwives 的基金會，用來連結助產士，並分享發展更好的助技能，在 1982 年有兩個驗屍官提倡創造產的標準與執照，1983 年 Collage of physicans and Surgeons of ontario 提倡醫生要加入在加生產的行列，這影響了所有助產士，此時，因為消費者意識覺醒與婦女運動的興起，所以一個父母組織--Choices in Childbirth 成立，同年開始推動助產士法案推動與創立助產士學校，到 1991 年終於助產士立法通過。而改變乳癌婦女照顧的焦點則是婦女建言團體改變醫療照護、研究議程與健康照顧一個很有力的例子，在 1993 年 National Breast Cancer Forum--一個由 150 個乳癌生還者與其家人組成的婦女組織，強調要增進醫病溝通、有更接近乳癌患者所承受痛苦的研究與另類療法的研究，經由此基金會發展出 Canadian Breast Cancer Network，進而產生包括教育、公眾意識與研究等廣泛的活動，聯邦政府也支持此機構，甚至經由此基金會提倡而有了 Canadian Breast Cancer Research Initiative 的政府政策，來促進醫病溝通、另類療法與支持健康照護研究。

日本

Voices from Japan 2000 摘要

- ◆ 在 1994 年成立 Japan's Network of Women and Health (WHJ) 為 NGO 的 umbrella，是為了 1994 年九月的 International Conference on Population and Development (ICPD) 做準備，WHJ 中共有 250 名成員，包括 32 名國會議員，NGO 領導者、醫療醫師、護士、助產士、家庭主婦、職業婦女、學生、學者。
- ◆ 本報告分成兩部分：1. 在 1994 年 ICPD 之後，日本 reproductive health situation 情況，是對應 ICPD 的行動計畫 (POA) 中幾個特殊議題 2. 則是一些個別的報告。本摘要主要摘自第一部份....

1-1 婦女與環境

主要提到化學、天氣改變、生物差異及環境難民和生育健康/權利的一些影響

1-2

(1) 充權、婦女地位

1996 年日本有了 The Plan for Gender Equality 2000，此為日本政府政策中第一次提到生育健康/權利，1997 年校正版中，日本政府察覺到 ICPD 中的決議中所提的生育健康/權利為婦女重要的人權。1999 年 6 月兩性平等社會的基本法建立修訂但是，日本還在婦女權益上保障的還不夠多，因為日本父權仍有很強的存在，對於女性的社會經濟地位通常予以否決。此外，優生保健修改變成母親身體保護法，而不是需要先生的同意才能墮胎。

(2) 老年人

1998 年女性平均餘命為 84.01 歲，男性平均餘命為 77.16，都為世界最高，但是男性與女性間的經濟差異是需要考量的。1997 年 WABS(Women's Association for a Better Aging Society)和其他 NGO 提出要求和計畫書給厚生省，WABS 根據 ICPD 的 POA 做了以下的計畫：a).1997 為厚生省做了 Research on the fitness of women throughout their life 調查生理與心理失能的狀況。b).根據 1997 的調查，對厚生省建議要對女性照顧者健康的需求要多一點關照，後生省也同意在 1998 年會重新檢討對老年人的健康法與醫療照護的法律內容。c).老年人和照顧者大多為女性，為了有更美好的老年社會，而不致於依靠男人。

(3) 生育健康/權利

A. 生育健康/權利

1. 立法：1940 年的國家優生法中，為了預防較差的後代出生，許多女性被迫墮胎—優生保健法到母親身體保護法：仍須努力
2. 出生率逐年降低
3. 男性生殖健康

B. 家庭計畫

- 1.低使用量的避孕丸：1999 年 6 月 2 日避孕藥合法上市，但是沒有能夠給想要的人可以容易取得的可能，必須要有醫生的許可才行，保險也沒有給付，因此，學生和低收入職業婦女很困難得以負擔。年輕族群也猶豫是否去看婦產科，因為他們對於生理診斷有負面的印象，而在拿避孕藥前被要求先做生理診斷。還有，父母也不認為他們的女兒需要避孕藥，因為在日本教育傾向以要求性的純潔取代教育下一代性的知識。
- 2.其他的避孕選擇：日本人對於其他的避孕選擇一直很少。
- C 性傳染病：AIDS 保護法限制 HIV 病人的遷移被裁撤，新的法令—傳染疾病法並沒有將 HIV 病人區分於其他的性病中，這項法令放棄強迫 HIV 病人一定要強迫住院治療。
- D 對女性的暴力：在日本並沒有足夠對女性暴力研究。1997 年 6 月，在性別平等辦公室下設立婦女暴力委員會，其中包括 prime Minister。
- E 青少年
 - 1.非預期懷孕和性傳染病：青少年中非預期懷孕和墮胎正在增加。性教育仍嫌不足。
 - 2.學校性教育與媒體：發展非常的慢，課本中的性教育很少有性別察覺，有些健康教育護士特別關注在媒體中實際與錯誤的生育健康之間的差異。
 - 3.兒童的廣告性剝削：1999/1 將實行 Law for punishing Acts related to Child Prostitution and Child Pornography，如此，將可以減少書中和網路中的兒童色情，但仍要再評估。
- (4) 性別平等、平權和女性的充權：日本的買春團造成幼童賣淫。
- (5) 女性健康與安全的母職：

造成日本女性高墮胎率為：

 - 1.經濟因素，尤其教育小孩的高成本
 - 2.缺乏社會支持給職業婦女
 - 3.缺乏男性參與幼童照顧
 - 4.缺乏社會支持給單親母親
 - 5.缺乏避孕選擇
- (6) 生育健康研究：1996 年厚生省開始研究有關婦女的生育健康，名為 Health throughout women's lifetime，為他們的每年度的報告在此標題下，有幾個研究計畫也包括：
 - 1.非預期懷孕
 - 2.青少年和媒體
 - 3.停經後生育健康
 - 4.健康照護服務（女孩與婦女的需求）
 - 5.MCH（Maternal and Child Healthcare）服務給社會經濟較弱的人
- (7) 正在發展的伙伴責任：關心國際間的合作空間

二、婦女健康指標

良好的健康指標不但可以正確的反應族群的健康狀況，更可提供健康政策制定之參考。女性與男性由於先天生理構造的差異與後天環境塑造的影響，使得無論其健康情形、健康服務系統使用狀況、生活方式的調節等等都有所不同，如一般而言女性的平均餘命高於男性，男性的死亡率高，不同的疾病男女的罹病情形也有不同...等，健康指標之意義除傳達健康問題之所在，應可進一步協助探究問題成因、發展解決問題之策略，故發展精緻適當的婦女健康指標有助於婦女永續健康理念之經營。

Macintyre (1996)等人指出若單純從生命統計資料觀察，女性的平均年齡高於男性，疾病率也高於男性，似乎活的長久並不一定擁有好的生活品質，但事實上，當我們深入了解時，才會發現女性與男性的疾病率型態(Mobility pattern)是有很大的差異的；依據性別的差異，男女性在不同的生命週期有其特定議題與需求，如年輕的女孩的健康重點可能在於營養的調節，而老年女性在生命循環(life cycle)的轉變需要精確的監測(WHO, 1996a)；但大部分的健康政策制定者所參考的統計資料，並沒有根據性別差異而設計(Jacobson, 1993)，因而難以了解女性(或男性)特殊的健康狀況，以便進一步發展具有性別敏感度的健康政策或計劃。Macintyre (1996) 等人更認為我們應該全面性的檢視不同性別的健康情形，並且定期地監測再監測。

女性的健康需求是多樣化，我們需要有一套針對不同年齡與性別的指標加以測量(Dunnell, 1999; WHO, 1998; COM, 1997; Macintyre et al, 1996)，WHO 指出大部分的開發中國家仍缺乏一個整體精密的核心紀錄系統，故未能提供一個評估完整婦女健康狀態的架構，而一套合適的指標必須包含生醫、流行病學與社區的資料才能測驗出男性和女性健康狀態的轉變，聯合國人類發展報告(United Nations Human Development Report)曾合併了許多指標如平均餘命、教育程度與收入、性別不平等的調整、性別相關發展指標(gender-related development index, GDI) 及一個性別充權測量(gender empowerment measure, GEM) (UNDP, 19975)。這些指標都是了解影響婦女健康因素的重要工具(WHO, 1998)。而女性還有一些特殊的議題如：暴力、流產、愛滋病、避孕、老化、心理健康、性傳染病...等等是需要特別加以關注的(WHO, 2000)。

1997年「歐洲社區婦女健康報告書」針對了婦女的社會人口學背景、特定的健康指標(平均餘命、嬰兒死亡率、周產期死亡率、自覺健康狀況)、罹病率(慢性疾病導致的活動限制、短期活動限制、就診率、住院率)、致死因與女性死亡率的趨勢(機車意外事故、自殺與自我傷害、癌症、循環系統疾病、缺血性心臟病和中風)、健康決策與健康促進(抽菸、飲酒、飲食與體重、運動、健康促進與疾病預防—心臟檢查、膽固醇檢查、糖尿病檢查、骨質疏鬆症檢查、子宮頸癌與乳癌的篩檢)與女性健康的特殊議題(暴食與厭食症、愛滋病、家庭計畫、流產、更年期、受暴婦女)等五大範疇，進行歐洲地區不同國家、不同年代、不同年齡層的統計比較，該報告完全是以女性為分析對象，排除了會因與男性一起

作整體分析而導致偏向於以男性為主導的情況，真實的反映了婦女實際的健康狀態 (COM, 1997)。

澳洲於今年也發表了「2000-2004 年婦女健康成果計劃」，有七大主要議題：生育能力與性特徵、健康的老化、情緒與心理健康、暴力、職業健康與安全、女性照顧者的健康需求與性別角色刻板化的健康影響，每一個主題均有一整套的方針策略與測量指標等完整的計劃，以期達成全國性的婦女健康政策目標。Dunnell (1999)等人也曾根據英國十多筆官方統計資料，以性別和年齡作分層，精細地比較了不同性別不同齡層的死亡率、疾病率與醫療利用的情形，結果顯示性別與年齡確實有不同的趨勢，並建議應更進一步探討女性與男性不同的健康經驗，有助於健康政策的制定，以改善健康狀態 (Queensland Women's health outcome plan, 2000)。

Woods(1995)與 Verbrugge(1982)也都曾提出了女性健康常見的指標：如死亡率 (平均餘命、死亡率型態、主要死因、婦女生命週期死因)、罹病率 (急性病、慢性病、心理疾病、疾病反應、健康服務利用、健康知覺)、女性健康與疾病型態等等。綜合上述的文獻報告可以得知女性與男性的健康情況確實是有差異的，包括聯合國、歐美等先進國家都有專門的婦女健康計劃或整體評估，當中有些健康指標是可以做男女的分析比較，但有些則是因應女性特有的健康需求而發展出來的；另外，也很清楚的看到年齡分層是許多研究報告中經常使用的分析重點。

回顧國內相關的大型統計資料包括：衛生署 87 年台灣地區衛生統計資料、台灣省家庭計畫研究所八十八年報表、1994 年的「國民醫療保健調查」等，其中性別只是一個基本資料的變項，測驗的指標或調查的結果較缺乏性別的設計或分析；再則以婦女為主要對象的報告或調查有：1998 年台北市政府出版之「台北市二十一世紀婦幼衛生白皮書」、1998 年「台北市婦女健康服務需求調查」與 1999 年衛生署「國民保健三年計劃—婦幼健康促進及保護部分」，其分別針對不同主題或不同的重點探討婦女健康狀況，內容重點分別是「台北市二十一世紀婦幼衛生白皮書」主要以生育健康主軸加以規劃宣示；「台北市婦女健康服務需求調查」則包括了健康狀況與自我保護行為、生育健康、就醫行為和經驗，以及全民健保及衛生局服務之利用 (黃淑英等, 1998)；「國民保健三年計劃—婦幼健康促進及保護部分」則強調產前檢查與哺乳、人工生殖管理、性侵害受害者的轉診與轉介與改善就業環境 (張珏, 2000)。綜觀以上各項研究調查可知，目前國內婦女健康的研究調查仍較為零散，尚缺乏一套完整性的婦女健康評估指標與全面性的的大型婦女健康調查。

一、 婦女生命週期健康指標指引架構 (The index framework of woman's health indicator by life span)

本研究歸納了國內外常用的健康指標與重要的婦女健康議題，提出了婦女生命週期健康指標指引架構 (The index framework of woman's health indicator by life span)。主要是針對女性不同的生命階段、女性特殊的健康需求與女性重要健康防治議題之特性，建議依循著女性的生命週期 (Life span)，在不同的生

命階段給予不同的保健重點監測。本指引架構內容共有四大部分：死亡率、罹病率、健康行為與女性特殊健康議題，各部分均有其重要的監測指標。當以指引架構的縱軸為核心時，可以看出該生命階段應著重哪些保健重點，可運用哪些常見的指標；當以指引架構的橫軸為核心時，則可以提供該指標或保健重點適用於哪個階段的婦女。期望此架構可以提供婦女健康政策制定者或研究者一個參考指引。

婦女生命週期健康指標指引架構

The index framework of woman's health indicator by life span

		嬰 0-1	幼 1-6	學 6-13	青 13-20	成 20-45	中 45-65	老 65~
死亡率	嬰兒死亡率							
	平均餘命							
	十大死因							
	十大癌症死因							
罹病率	急性病							
	慢性病							
	心理疾病							
	意外事故與傷害							
健康行為	健康服務利用情形	住院率						
		手術率						
		門診率						
		急診率						
	篩檢(一般健康檢查)	量血壓						
		血糖						
		血脂肪						
		骨密度						
	健康生活型態	抽菸率						
		飲酒率						
		運動率						
		肥胖率						
		均衡飲食						
		壓力適應						
女性特殊健康議題	生育健康	墮胎率(男或女胎)						
		不孕症	不孕症率					
			檢查與治療的男女比例					
		避孕方法	口服避孕藥					
			IUD					
			保險套					
			結紮(男或女)					
		產前照護	產前檢查					
			衛教					
			支持系統					
		產中照護	剖腹產率					
			無痛分娩率					

現象，即使在健康生態中亦是如此，女性經常是健康服務體系下的弱勢族群，如傳統父權思維的醫病溝通模式或者是對女性刻板印象所導致的婦女健康權益損失或健康剝奪，故婦女健康與整個國家的社經文化背景是息息相關、不可分割的（WHO，1998）；Dnuuell(1999)等人也指出因性別、種族或社會階層等造成之健康不平等現象的改善有賴於政策的修定來減低。因此，一套具有性別敏感度的測量工具來評估監測健康生態中性別不平權的狀況是十分重要的。

1995 年聯合國人類發展報告(Human Development Report)提出了兩個女性狀況評估的測量工具，分別是性別相關發展指標（gender-related development index, GDI）與性別充權測量（gender empowerment measure, GEM）。GDI 主要是測量，同一個國家中的男性與女性的成就差別待遇，以相同能力的男女而言，男性所得到的成就回饋可能高過女性，因此 GDI 可以反應基本健康、教育與收入的不平衡情況（Doraid, 1997）。

GEM 評估的是婦女如何在關鍵時機發揮她們的能力，尤其是經濟與政治決策的參與，目前有 116 個國家用以下三個變項來測量婦女的參與度：(1)政治決策（國議會席次），(2)專業機會（行政、管理、專業及技術性的職位），(3)賺錢能力（工作與工資）（UNDP Web, 2000）。婦女充權(empowerment) 的展現，代表社會地位的提昇與權力的伸張，進而於健康生態中權利掌握度將更為增強。若將 GEM 轉換成醫療體制下的情境，同樣的可以從女病人的決策過程、醫病互動的模式、專業人員的男女比、醫療團隊的權力運作、男女職員的薪資待遇...等等加以比較，亦可測量出 gender empowerment 的情況。

台灣的資料

根據衛生署 87 年台灣地區衛生統計資料、1994 年國民醫療保健調查以及台灣省家庭計畫研究所八十八年報表，對照國外文獻所整理之常見婦女健康指標，並配合國內狀況，統整出五大類婦女健康指標：死亡率、罹病率、健康行為、家庭計畫與女性特殊之指標相關之統計資料，結果如下：

一、死亡率 Mortality

(一) 表一：台灣地區歷年來平均餘命

年代	性別	
	女性	男性
1952	60.26	57.41
1960	66.40	62.31
1970	71.56	66.66
1980	74.54	69.56
1990	76.75	71.33
1998	77.90	71.96

* 資料來源:行政院衛生署 87 年衛生統計

註：由表可看出歷年來台灣地區平均餘命，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

(二) 十五大死因

表二：台灣地區主要死亡原因（1998）

順位	死亡原因	死 亡 人 數(百分比)			
		合計	男	女	女：男
	所有死亡原因	102660	63893	38767	1：1.65
1	惡性腫瘤	23782 (23.17%)	15369 (24.05%)	8413 (21.70%)	1：1.83
2	腦血管疾病	10803 (10.52%)	6366 (10.00%)	4437 (11.45%)	1：1.43
3	事故傷害	9695 (9.44%)	7249 (11.35%)	2446 (6.31%)	1：2.96
4	心臟疾病	9041 (8.81%)	5276 (8.26%)	3765 (9.71%)	1：1.40
5	糖尿病	6453 (6.29%)	3080 (4.82%)	3373 (8.70%)	1：0.91
6	慢性肝病及肝硬化	4247 (4.14%)	3122 (4.89%)	1125 (2.90%)	1：2.78
7	肺炎	3943 (3.84%)	2577 (4.03%)	1366 (3.52%)	1：1.89
8	腎炎、腎徵候群及 腎病變	2751 (2.68%)	1463 (2.29%)	1288 (3.32%)	1：1.14
9	高血壓性疾病	1856 (1.81%)	945 (1.48%)	911 (2.35%)	1：1.04
10	自殺	1819 (1.77%)	1210 (1.90%)	609 (1.57%)	1：1.99
11	支氣管炎、肺氣腫 及氣喘	1699 (1.65%)	1065 (1.67%)	634 (1.64%)	1：1.68
12	結核病	1283 (1.25%)	1053 (1.65%)	230 (0.60%)	1：4.58
13	敗血症	1052 (1.02%)	569 (0.90%)	483 (1.25%)	1：1.18
14	胃及十二指腸之潰 瘍	891 (0.87%)	638 (1.00%)	253 (0.65%)	1：2.52
15	先天性畸形	719 (0.70%)	381 (0.60%)	338 (0.87%)	1：1.13
	其他	22626 (22.04%)	13530 (21.18%)	9096 (23.46%)	1：1.49

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

* 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，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。若依筆者分別計算各個死亡因素分別占男女整死因的百分比顯示，性別的主要死因則需重新排列，如下表所示。

表三：台灣地區主要死亡原因按性別分（1998）

男性			女性		
順位	死亡原因	死亡數 (百分比)	順位	死亡原因	死亡數 (百分比)
1	惡性腫瘤	15369 (24.05%)	1	惡性腫瘤	8413 (21.70%)
2	事故傷害	7249 (11.35%)	2	腦血管疾病	4437 (11.45%)
3	腦血管疾病	6366 (10.00%)	3	心臟疾病	3765 (9.71%)
4	心臟疾病	5276 (8.26%)	4	糖尿病	3373 (8.70%)
5	慢性肝病及肝硬化	3122 (4.89%)	5	事故傷害	2446 (6.31%)
6	糖尿病	3080 (4.82%)	6	肺炎	1366 (3.52%)
7	肺炎	2577 (4.03%)	7	腎炎、腎徵候群及 腎病變	1288 (3.32%)
8	腎炎、腎徵候群及 腎病變	1463 (2.29%)	8	慢性肝病及肝硬化	1125 (2.90%)
9	自殺	1210 (1.90%)	9	高血壓性疾病	911 (2.35%)
10	支氣管炎、肺氣腫 及氣喘	1065 (1.67%)	10	支氣管炎、肺氣腫 及氣喘	634 (1.64%)
11	結核病	1053 (1.65%)	11	自殺	609 (1.57%)
12	高血壓性疾病	945 (1.48%)	12	敗血症	483 (1.25%)
13	胃及十二指腸之潰 瘍	638 (1.00%)	13	先天性畸形	338 (0.87%)
14	敗血症	569 (0.90%)	14	胃及十二指腸之潰 瘍	253 (0.65%)
15	先天性畸形	381 (0.60%)	15	結核病	230 (0.60%)

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

* 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。

表四：台灣地區女性主要死亡原因（0/0000）按年齡分（1998）

age	總計	0	1-4	5-14	15-24	25-39	40-64	65~
順位	死因 死亡率	死因 死亡率	死因 死亡率	死因 死亡率	死因 死亡率	死因 死亡率	死因 死亡率	死因 死亡率
	所有死亡原因	所有死亡原因	所有死亡原因	所有死亡原因	所有死亡原因	所有死亡原因	所有死亡原因	所有死亡原因
1	433.88 惡性腫瘤 98.58	571.48 源於週產期之病態 249.70	51.00 事故傷害 17.59	21.05 事故傷害 9.36	42.86 事故傷害 20.87	75.80 惡性腫瘤 21.24	357.77 惡性腫瘤 141.46	3874.92 惡性腫瘤 701.30
2	48.80 腦血管疾病	179.10 先天性畸形	12.11 先天性畸形	3.10 惡性腫瘤	4.56 惡性腫瘤	16.96 事故傷害	32.75 腦血管疾病	510.81 腦血管疾病
3	42.77 心臟疾病	37.16 事故傷害	4.52 惡性腫瘤	1.64 先天性畸形	3.28 自殺	8.16 自殺	30.54 事故傷害	469.08 心臟疾病
4	36.84 糖尿病	8.17 肺炎	1.45 肺炎	0.89 心臟病	1.11 他殺	2.41 腦血管疾病	28.15 糖尿病	376.34 糖尿病
5	26.24 事故傷害	7.43 惡性腫瘤	1.29 腦膜炎	0.38 腦血管疾病	0.79 心臟疾病	1.98 心臟疾病	22.06 心臟疾病	162.91 肺炎
6	15.10 腎炎、腎徵候群及腎變性病	2.23 腦膜炎	0.81 腎炎、腎徵候群及腎變性病	0.38 肺炎	0.58 肺炎	1.76 慢性肝病及肝硬化	16.39 慢性肝病及肝硬化	151.68 腎炎、腎徵候群及腎變性病
7	14.41 肺炎	2.23 他殺	0.81 他殺	0.38 他殺	0.53 先天性畸形	1.37 糖尿病	11.58 腎炎、腎徵候群及腎變性病	115.68 高血壓性疾病
8	12.35 慢性肝病及肝硬化	1.49 敗血症	0.65 慢性肝病及肝硬化	0.25 貧血	0.37 腦血管疾病	1.19 他殺	9.19 自殺	97.26 慢性肝病及肝硬化
9	10.25 高血壓性疾病	0.74 腎炎、腎徵候群及腎變性病	0.48 腦血管疾病	0.19 敗血症	0.32 腎炎、腎徵候群及腎變性病	0.90 腎炎、腎徵候群及腎變性病	5.06 肺炎	92.74 事故傷害
10	6.94 自殺		0.32 腸道傳染病	0.19 支氣管炎、肺炎及氣喘	0.26 敗血症	0.79 結核病	4.70 高血壓性疾病	72.36 支氣管炎、肺炎及氣喘

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

* 由此表可看出在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。

(三) 表五：台灣地區主要癌症死亡原因 (1998)

順位	癌症診斷	男性		順位	癌症診斷	女性	
		死亡數	每十萬男性人口死亡數			死亡數	每十萬女性人口死亡數
	惡性腫瘤	18779	167.62		惡性腫瘤	10481	98.58
1	肝癌	4488	40.06	1	肺癌	1708	16.06
2	肺癌	4041	36.07	2	肝癌	1377	12.95
3	結腸直腸癌	1760	15.71	3	結腸直腸癌	1227	11.54
4	胃癌	1631	14.56	4	女性乳癌	1017	9.57
5	口腔癌	1076	9.06	5	子宮頸癌	995	9.36
6	食道癌	757	6.76	6	胃癌	812	7.64
7	鼻咽癌	621	5.54	7	非何杰金淋巴瘤	375	3.53
8	非何杰金淋巴瘤	607	5.42	8	胰臟癌	357	3.36
9	攝護腺癌	540	4.82	9	膽囊癌	320	3.01
10	胰臟癌	531	4.74	10	白血病	315	2.96
	其他	2727	24.34		其他	1978	18.06

* 資料來源:行政院衛生署 87 年衛生統計

* 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。

二、罹病率 Morbidity

(一) 表六：台灣地區主要癌症申報發生統計 (1995)

順位	部位	申報發生人數	每十萬人口發生率	占個案總數百分比
總計		36094	169.71	100.00
1	子宮頸	3353	32.49 ⁽¹⁾	9.29
2	女性乳房	2515	24.37 ⁽¹⁾	6.97
3	肝與肝內膽管	4596	21.61	12.73
4	氣管、支氣管與肺	4217	19.83	12
5	結腸、直腸	4218	19.83	11.69
6	胃	2768	13.02	7.67
7	口腔	1866	8.77	5.17
8	攝護腺	884	8.07 ⁽²⁾	2.45
9	鼻咽	1202	5.65	3.33
10	膀胱	1033	4.86	2.86

(1) 每十萬女性人口發生率。(2) 每十萬男性人口發生率

* 資料來源:行政院衛生署 87 年衛生統計

* 由表中可以得知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，如何預防

表七：台灣地區主要癌症申報統計按性別分（1995）

順 位	男 性 部位	每十萬人口發生 率	順 位	女 性 部位	每十萬人口發生 率
	總計	184.34		總計	154.21
1	肝與肝內膽管	32.06	1	子宮頸	32.49
2	氣管、支氣管與 肺	27.33	2	女性乳房	24.37
3	結腸、直腸	22.29	3	結腸、直腸	17.22
4	胃	17.16	4	氣管、支氣管與 肺	11.87
5	口腔	15.27	5	肝與肝內膽管	10.52
6	攝護腺	8.07	6	胃	8.62
7	鼻咽	7.88	7	甲狀腺	5.18
8	膀胱	6.91	8	皮膚	4.55
9	食道	5.77	9	卵巢、輸卵管與 寬韌帶	4.23
10	皮膚	4.58	10	腎及其他泌尿 器官	3.26
	其他	36.99		其他	31.90

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

* 女性除了生殖器官的癌症與男性不同之外，甲狀腺癌症位居女性癌症的第七名，疾病之相對嚴重性高於男性。

(二) 慢性病

表八：台灣地區經醫師診斷過慢性病人數占完訪樣本之比例（1994）

慢性疾病或症狀	占完訪樣本比率%		性別比較 (M/F)
	男性	女性	
消化系統			
消化道潰瘍、胃痛	9.10	11.12	0.82
肝膽疾病、結石	2.70	1.74	1.55
痔瘡	3.27	2.62	2.15
心血管系統			
高血壓	5.08	6.26	0.81
心臟病	2.72	4.06	0.67
中風	0.64	0.55	1.16
呼吸系統			
肺結核	0.54	0.20	2.7
氣喘	1.88	1.24	1.52
支氣管炎（肺氣腫）	4.23	3.02	1.40
內分泌系統			
糖尿病	2.21	2.50	0.88
甲狀腺疾病	0.37	1.74	0.21
泌尿生殖系統			
腎臟病	0.96	1.69	0.57
泌尿道疾病、結石	1.61	1.56	1.03
攝護腺（男性）	0.96	--	
子宮卵巢（女性）	--	2.08	
子宮肌瘤（女性）	--	1.66	
骨骼系統			
風濕症、關節炎、痛風	4.50	5.90	0.76
嚴重頭痛、偏頭痛	2.16	5.94	0.36
骨刺、腰背痛	4.06	6.37	0.64
骨折、骨裂	1.29	0.89	1.45
眼睛			
白內障	2.00	3.14	0.64
青光眼	0.22	0.40	0.55
皮膚疾病	6.19	4.43	1.40

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

* 總樣本數：5962 人

(三) 心理疾病：無相關統計資料

(四) 醫療服務利用情形

表九：台灣地區醫療服務利用情形（1994）

	男性 (每 1000 名使用次數)	女性 (每 1000 名使用次數)
過去一年內住院次數	85.9	108.2
過去一年內急診利用次數	117.3	106.7
過去一年內牙醫門診利用次數	1236.5	1556.1
兩週內西醫門診利用次數	360.2	445.9
兩週內中醫門診利用次數	85.4	123.8
兩週內自服西藥天數	657.8	667.5
兩週內自服中藥天數	394.3	530.0

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

* 門診使用率女性高，急診使用率男性高；自服中西藥情形女性多。

* 表十：台灣地區醫療服務利用情形，按性別年齡分（1994）

	0-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65+	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
總計人數	449	433	1189	1084	866	885	1945	2070	1003	1036	510	455
過去一年內住院次數	73.5	67.0	20.2	15.7	54.3	79.1	68.4	121.3	136.6	160.2	270.6	246.2
過去一年內急診利用次數	225.5	131.6	84.1	63.7	118.9	82.5	92.5	111.2	109.7	118.7	205.9	184.6
過去一年內牙醫門診利用次數	149.6	184.8	1296.8	1540.4	1013.9	1556.4	1198.1	1652.4	1825.3	1940.8	1428.6	1591.5
兩週內西醫門診利用次數	717.2	586.6	330.2	262.2	172.3	253.1	240.7	423.2	436.0	605.4	741.2	869.2
兩週內中醫門診利用次數	69.0	69.3	47.9	48.9	94.7	80.3	94.1	162.3	112.7	173.9	84.3	149.5
兩週內自服西藥天數	316.3	383.4	287.6	318.3	431.2	393.2	653.9	673.4	1100.1	1112.2	1351.7	1273.9
兩週內自服中藥天數	377.2	80.8	193.1	287.4	377.6	483.4	372.0	602.9	664.0	791.3	460.8	698.9

* 單位：每1000名完訪樣本之醫療利用次數或自服藥物天數。完訪樣本總計：11952人，

* 資料來源：1994年國民醫療保健調查報告

(五) 疾病後果

表十一：台灣地區就醫習慣之分布情形(%) (1994)

處置	男性					女性				
	總計(%)	15-24	25-44	45-64	65+	總計	15-24	25-44	45-64	65+
看醫師	69.1	59.8	61.4	62.0	76.9	71.8	63.1	68.6	68.0	73.4
藥房買藥	15.1	17.0	17.8	21.3	11.0	12.8	12.7	14.5	15.8	13.2
自己照顧	1.8	2.7	2.7	2.1	1.6	1.8	2.9	2.1	2.0	2.9
不一定	14.1	20.6	18.1	14.6	10.6	13.6	21.4	14.8	14.2	10.6

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

* 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。女性看醫師的比例普遍高於男性。

表十二：台灣地區完訪樣本過去兩週內因病臥床天數之分布情形(%) (1994)

天數	男性					女性				
	總計(%)	15-24	25-44	45-64	65+	總計	15-24	25-44	45-64	65+
0	97.6	98.4	98.7	96.0	93.5	96.7	98.6	97.4	95.0	89.7
1-3	1.4	1.3	0.9	1.9	2.0	1.8	0.8	1.8	2.3	3.5
4-7	0.3	0.1	0.1	0.9	1.0	0.5	0.3	0.4	1.3	1.1
8+	0.7	0.2	0.4	1.2	3.5	0.9	0.2	0.3	1.5	5.7

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

(六) 自覺健康情形

表十三：台灣地區國民自述健康狀況（1994）

	男性					女性				
	總計	15-24	25-44	45-64	65+	總計	15-24	25-44	45-64	65+
很健康	56.0%	64.7	61.9	42.9	19.0	48.1	56.1	51.2	28.2	13.4
普通	39.9	34.1	36.4	49.3	62.4	46.6	43.5	46.2	59.6	61.8
很不健康	4.1	1.3	1.8	7.9	18.6	5.3	0.5	2.6	12.3	24.8

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

* 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%。

三、健康行為

表十四：台灣地區國民健康行為狀況（1994）

健康行為	男性				女性				性別比 (M/F)
	總計	25-44	45-64	65+	總計	25-44	45-64	65+	
健康的健康習慣 %									
規律運動	41.2	35.4	41.8	61.1	37.7	33.0	41.5	49.8	1.09
良好體重	72.7	72.5	70.6	77.5	80.7	86.3	70.5	78.9	0.90
維他命	12.8	10.5	14.5	18.0	22.3	23.1	21.5	20.2	0.57
鈣質	3.8	3.2	4.0	5.7	10.2	9.4	12.2	9.5	0.37
戴安全帽		39.7	42.1	39.7	38.1	41.0	32.3	6.4	
避免行為									
抽菸	56.2	62.0	51.7	42.6	4.3	4.4	4.0	4.8	13.07
飲酒	57.8	65.4	54.4	35.3	16.1	20.0	11.8	8.4	3.59
預防性健康照護									
量血壓	63.1	50.6	74.2	88.2	67.4	56.9	79.6	86.8	0.94
子宮頸抹片 檢查					11.1	14.7	8.3	1.3	
乳房自我檢 查					6.2	8.3	4.0	1.5	

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

* 規律運動比率，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。

表十五：台灣地區預防性健康行為以性別比呈現（女／男）

	正向的健康習慣					避免行為		預防性 量血壓
	規律運 動	良好體 重	補維他 命	補充鈣 片	戴安全 帽	抽菸	喝酒	
教育程度								
0-5	0.93	0.95	1.96	3.60	0.57	0.09	0.22	1.05
6-8	1.14	1.03	2.20	3.76	0.86	0.08	0.24	1.01
9-11	1.06	1.14	2.16	3.14	1.12	0.10	0.36	1.24
12-14	0.87	1.22	2.21	3.12	1.00	0.05	0.30	1.00
≥15	0.72	1.31	1.49	1.97	1.20	0.05	0.41	0.93
年齡								
25-44	0.93	1.19	2.20	2.94	1.03	0.07	0.31	1.12
45-64	0.99	1.00	1.48	3.05	0.77	0.08	0.22	1.07
≥65	0.82	1.02	1.12	1.67	0.16	0.11	0.24	0.98
工作								
有	0.88	2.92	1.87	2.74	1.02	0.06	0.32	1.08
無	0.74	3.29	1.42	2.14	0.82	0.11	0.29	0.90
SES								
低	0.93	1.09	1.65	2.34	0.72	0.12	0.22	1.05
中	0.91	1.09	1.59	2.54	0.96	0.07	0.28	1.10
高	0.89	1.17	1.96	2.92	1.00	0.07	0.30	1.01
婚姻								
未婚	0.93	1.14	2.76	3.74	1.06	0.06	0.36	1.13
分居、離 婚、喪偶	0.87	1.07	1.58	2.33	0.90	0.16	0.36	1.07
已婚	0.91	1.12	1.68	2.59	0.93	0.05	0.26	1.03
保險								
有	0.95	1.12	1.85	2.78	0.94	0.07	0.27	1.07
無	0.77	1.08	1.37	2.24	0.89	0.13	0.29	1.04
自覺健康								
不好	1.04	0.98	1.99	3.80	0.77	0.13	0.25	0.98
普通	0.88	1.06	1.75	2.86	0.93	0.07	0.28	1.06
好	0.91	1.19	1.77	2.37	0.98	0.07	0.29	1.04

* 資料來源：1994 年國民醫療保健調查報告

* 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；女性較能維持良好的體重；補充維他命與鈣質行為女性多於男性；抽菸與喝酒行為以男性居多；量血壓的女性比例多於男性。

四、家庭計畫

(一) 避孕方式

表十六：台灣地區接受各級政府補助各種避孕方式接受人數

年代	子宮內避孕器	口服避孕藥	保險套	結紮	
				男	女
1998	13219	8712	8919	337	3557
1997	16513	11053	12200	375	4431
1996	19485	10293	14460	321	5284
1995	25716	10393	18001	333	4975
1994	81591	12001	21373	380	5892

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

* 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。

表十七：台灣省省立醫院 88 施政年度推展新家庭計畫工作成果—結紮
(1998.7-1999.6)

補助結紮案數			自費結紮案數			總案數		
女	男	計	女	男	計	女	男	計
254	97	351	742	362	1104	996	459	1455

(單位：人)

表十八：88 施政年度台灣省結紮合約醫院(診所)數統計表(1998.7-1999.6)

	私立合約醫院				軍公立合約醫院				合計			
	男	女	男女	小計	男	女	男女	小計	男	女	男女	小計
台灣省合計	14	367	188	569	1	12	36	49	15	381	222	618
台灣省及台北市合計	14	381	194	589	1	13	46	60	15	396	238	649

* 資料來源：台灣省家庭計畫研究所八十八年報表 (單位：人)

表十九：台灣省 88 施政年度各種身分類別男、女性結紮個案數及百分比

個案身分別、性別人數												總 計					
列案低收入案			有礙優生案*			清寒戶			外籍與大陸新娘			個案數			百分比%		
男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計
--	19	19	241	2874	3115	60	259	319	3	160	163	304	3312	3616	8.4	91.6	100

* 資料來源：台灣省家庭計畫研究所八十八年報表

* 有礙优生案包括 826 自費案在內，其中男性結紮 30 案，女性結紮 796 案

* 根據台灣省 88 施政年度推展新家庭計畫統計資料，以結紮與不孕症之檢查或治療為例說明。在結紮方面，男性結紮，無論風險、危險性或複雜

性都比女性結紮來的低，且手術十分快速方便，但自 87 月至 88 年 6 月間，台灣省立醫院進行結紮的男女人數分別為 456 人與 996 人，所佔比例分別為 31.55% 與 68.45%，合約之醫院女生人數(396 人)亦超出男性(15 人)許多，特殊身分之結紮女性結紮更高占 91.6% 之多，可見目前台灣結紮現況，仍以女性居多，男性結紮並未因其風險低及方便性而被接受。

(二) 不孕症檢查及治療

表二十：台灣省立醫院 88 施政年度推展新家庭計畫工作成果—不孕症檢查或治療(1998.7-1999.6)

總檢查人次中之女、男所佔人次及百分比			
女 性		男 性	
檢查人數	%	檢查人數	%
6061	93.75	404	6.25

* 資料來源：台灣省家庭計畫研究所八十八年報表

* 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%)。

(三) 人工流產

表二十一：台灣地區施行人工流產特徵

年代	總人數	婚姻狀況			接受者特徵占總接受數百分比%		
		已婚	未婚	不詳	未滿 20 歲	20-29 歲	子女 3 人以上
1998	2339	1958	354	27	4.5	38.3	27.9
1997	2849	2481	334	34	3.1	36.7	24.9
1996	3572	3074	381	117	3.9	38.8	24.8
1995	4199	3609	469	121	4.0	39.6	25.6
1994	5062	4405	621	36	3.3	39.4	26.2

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

五、女性特殊指標

(一) 子宮頸抹片檢查

表二十二：台灣地區公立醫院子宮頸抹片檢查情形

年代	檢查人數	占 30 歲以上婦女比率	陽性人數	陽性比率%
1998	247647	4.43% (總人數 5587000)	12866	5.20
1997	206908	3.81 (5435899)	8796	4.25
1996	178818	3.37 (5298993)	7200	4.03
1995	164110	3.18 (5160480)	5533	3.37
1994	168263	3.35 (5020863)	4987	2.96

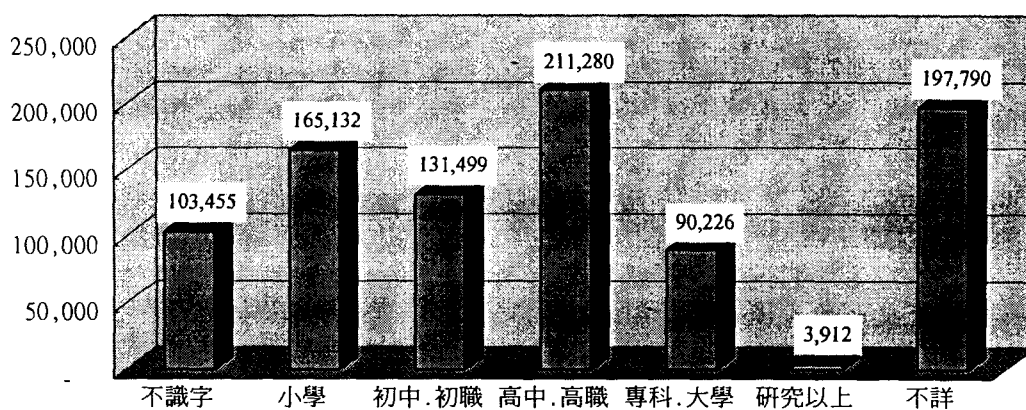
* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

*

臺灣省各縣市子宮頸抹片篩檢教育別分析圖

資料來源：八十六年度篩檢成果

抹片檢查人數：903,294



* 資料來源：行政院衛生署婦幼衛生研究所網站

<http://www.mchi.tpg.gov.tw/default.htm>

(二) 乳房檢查：無相關統計資料

(三) 剖腹產率

表二十三：台灣地區公立醫院接生狀況

	產婦人數	剖腹產人數	剖腹產比率%
1998	31939	11403	35.70
1997	39432	13609	34.51
1996	41335	14572	35.25
1995	45883	16174	35.25
1994	47591	16906	35.52

* 資料來源：行政院衛生署 87 年衛生統計

* 高比例的剖腹產率。

三、婦女健康需求

關於「婦女健康促進需求」的部份，本研究是從婦女健康促進推動者與一般婦女兩方面著手。在一般婦女方面，研究者並不是採取傳統大規模之全國性問卷調查（在經費與人力限制下），而是參考國外之作法，立意選擇不同群體婦女，以深入訪談、焦點團體、或是小規模調查，更深入瞭解不同群體婦女的需求意見。而期中報告中呈現的空大學生開放式問卷（150人，選修婦女健康權益課程）與新竹婦女訪談，都只是一般婦女健康促進需求的一部份資料。至於全國性資料，研究者擬欲收集彙整其他相關的研究報告之調查結果，作為一般婦女對健康促進需求之參考依據。

關於婦女健康促進推動者的訪談名單，為保護受訪者之隱私，並不列出名單。而質性研究深入訪談的受訪對象選取，目的並不在於代表性，而是以能夠涵蓋最大之變異性，能夠提供最豐富與多元之資料為選取標準。因此，研究者的訪談抽樣架構為學術研究教學工作者（包括：公共衛生、衛生教育、體育、護理、藥學等）、政府衛生部門、健康傳播工作者、醫療機構內推動婦女健康工作者、民間婦女健康倡導團體。

台北基層婦女對就醫中的性別意涵、障礙、需求，以及對制度與政策上的建議部份，目前已摘要整理出的結果為：

- 積極增加培養女性醫事人員，讓病人有選擇。
- 單獨的問診間：避免談論病情時被其他候診人聽到；設計指示燈，避免診療時他人闖入，避免尚未診療完下一個病人就進入。讓病人服裝儀容整理完再讓下一個病人進來。
- 看診與內診過程，護理人員在旁陪伴說明。
- 診間的設計要溫馨（別冷冰冰），可放輕音樂安撫病人的焦慮不安。檢查台要有自動升降功能。診療室可有布簾隔離遮住病人與醫師，避免尷尬。
- 診療前，事先告知要做那個部位的檢查，解說檢查的必要性以及可能的狀況，過程中有護理人員在旁邊說明。
- 病情解說上設計動態模型、人體結構圖片，使病人在瞭解後更能配合檢測與治療。
- 態度親切，委婉的口氣與友善地回答問題，細心聆聽病人自述問題，並採開放性問題。
- 實習醫師應徵求病人同意，尊重病人感受，避免當場說笑，或過多實習生輪流對病人試驗操作同一機器，避免接觸與病情無關之隱私部位，面對一位醫師與一群巡診的醫師的感受差別很大。
- 大醫院的病人數太多，看診時間短，難以仔細問診與充分溝通的醫療品質。
- 丈夫或家人陪同檢查。
- 醫護人員的品德與操守。
- 設立醫療申訴與服務專線。

婦女健康促進推動者訪談結果

A. 健康促進理念

健康的涵義—健康不是天生的，但追求健康應該是一個人的本能，所以健康需要後天的維護經營，而且它是一個整合性生活化的概念，包含了身體、心理、社會一個安適的狀態，且與生活環境、個人行為、工作等息息相關。

「我們覺得健康不是天生就有的，應該去管理、去維護，可惜大部份人並不知道。」

「健康其實是可以事前做的，應該是預防的，可是大部份的人都覺得健康是天生的，就是說倒楣才會不健康，所以如果不健康的時候，去找醫生就好了，健康是醫生的責任。事實上我們覺得健康是每個人自己的」

「但是還是那個身體對健康的追求，幾乎是本能，以我個人來講，是個本能」

「所以所謂的健康這個東西，不是用很多的什麼指標，或者醫生的測量，或者什麼問卷，測量的那一面而已，要你這個個人真正的對你自己生命的關懷，你自己和你自己的對談當中來檢查你的健康，健康應該是這樣子的東西」

「因為我比較關心一個人的身心的整合的部分，所以呢，我慢慢由以前的那種躍動的東西，我慢慢開始回到我身體內在的 wellness 的這個部分」

「那我也會在課程的第一堂課我會有那個 wellness 觀念給他，全能的健康，全能的健康輪，然後讓他自己去畫，他自己現在的輪是怎麼樣；運動，有沒有運動，工作方面，精神方面，就是全面性的這個部分讓他把健康的觀念是一個大的方向來考慮這樣子」

「健康要從你每天的生活起居、點點滴滴，還有很多，其實這個都是將來造成健康危害的問題。那是講說人的老化、得癌症啦，它跟一些健康行為也是有關係的」

「就是說我覺得東西就是要生活化對不對？不是說一個上課，反正到時候我就用得到，那可能就是一個很簡單的東西你都不認識你自己的身體是什麼樣，你不認識什麼是 sex，你不知道如何交朋友，你不知道你那個 sex relationship 應該擺在哪裡，你不知道如何 protect 自己，那…那怎麼樣突然去給他一個概念說，什麼叫做如何預防 AIDS，……不曉得…起碼我自己長期的觀察是覺得說，好像是說你去 take care 別人，那你自己都 take care 不好，如何 take care 別人」

「你知道什麼是 health 嘛，不是說只有一些疾病，還有心理上的、社會上的功能…應該包括環境對身體健康的，或是工作上對於健康的影響，就是除了我們平常談的這種疾病的預防、或是保健、對於疾病的治療以外，我想對於整個環境工作對於人的影響，還有就是說你怎麼去定義健康，健康當然就是說…這大家都知道，就是說身體上怎麼樣、心理上或是你的生活層面上這樣的東西，生活上的安寧應該也是屬於健康的一部份。」

「對我來講，健康的東西並不是一個簡單的議題，基本上你看的到的，甚至你所處的任何一個的生活的任何一個環節，其實我都可以把它轉換為健康的議題…其實就我來講，看的到的所有議題，它其實都跟，可能是心理的、可能是生理的、可能是看的到的部份、可能是看不到的部份，其實都可以討論…」

健康促進的涵義—健康促進的實踐是由日常生活的起居開始，透過維持良好的個人生活方式與創造生活環境，達到生命內化，身、心、社會安寧的狀態，不過也有人認為健康促進本質上是對抗人類天生惰性的一大挑戰，所以在推動上就有很大的困難。

「跟日常生活的 life style 有相關，譬如說飲食、運動、個人的睡眠型態、甚至於休息，還有就是人際交流，這個是比較屬於社會化方面，也還有一些疾病的預防跟兼課，那對於一些我覺得比較 的，就是說對於一些人生觀、人生的態度，我覺得在健康促進的話題裡面要討論的就是壓力的處理，覺得很多的健康都跟壓力有關係」

「保健就是我們講的養生嘛...要知道日常生活起居，怎麼樣來注重一些營養啦！或者說，怎麼來減少一些污染源，或者是說，減少一些傳染到什麼物體，要知道，比方說居住環境啦！或者家裡買的菜啦！」

「它完全就是在一種生命的實踐，那是一種真的把這個健康促進，那個價值觀是那麼的內化了一段時間，不是在一個口頭說說，還有一個就是他跟生活，因為是這樣所以跟生活是整個一體那我會崇尚那種身體、心理、精神這種，它是一體的，這樣子的概念」

「一些理念是包含所有層次的 well be, 這是我一般以上認為這部分，不管是在心靈或 whatever 以上的 well be, 健康促進應該要達到這樣的目標」

「對我所謂的健康促進，短時間當中有所謂的更好的改善方式是滿難的，比較多的應該是說我們在宣揚慢性病的，嗯，品質照顧的部份，提昇生活品質的部份，可能是因為這樣子吧，就是說我們的角度會放在提昇生活品質的部份」

「我覺得做健康的問題是在對抗人性的部份...「健康促進」這樣的動作，還有我從事的工作，其實基本上...在對抗人性啦，我覺得對我來說一直是都是這樣子的，無論我的想法，或者是我如果行在工作上面的做法，其實我都是由此做為發想的。你想想看看人性懶惰的那一面...「你失去了，才會記得它」類似像這樣子的，其實我們做這一行的感觸也滿深的，然後更恐怖的事，恐怖的事其實人性有滿大的那一部分，會是會自暴自棄的，你失去它了，你不一定會重視它，你跟本就是放棄它，這是極有可能的一件事情」

民眾面與醫療面的態度—有一為推動者將健康促進應有的理念與態度分為民眾面與醫療面加以詮釋，他認為民眾對於健康促進要負責任的態度，本身就要具備預防的概念「早期發現，早期治療」；醫療面則強調宣導健康促進的概念與提供醫療的可近性。

「健康促進的理念，我想一個就是民眾面，民眾自己應該要認識怎樣子做好健康促進，我們應該要讓民眾知道說要經常持續性的照顧自己」

「民眾要知道，不是等發病很不舒服才去看，而是應該要定期做一些健康檢查，去做一些健康檢查或是做一些疾病的篩檢，才能知道說身體是否有出現一些警訊...那有問題才能及早治療，對不對？就是及早診斷、及早治療。那這個是民眾的健康行為，用你們所學的說，民眾他應該知道他應該有一個健康行為，那包括說，我不抽煙、不喝酒、不熬夜等等，還要有定期運動」

「在醫療服務面，還要隨時指導民眾這些觀念之外，就醫的可近性要出來，那因

為... 假如說健康檢查要花很多錢，那民眾可能覺得反正我現在又沒怎樣，我何必花錢？那這個就醫的可近性就很差」

「所以我覺得將來的健康促進，最好就是我們要去知道每一個人的健康狀況，能夠去評估每一個人的risk是什麼，然後有risk的人我們去加強健康照護」

本土化、生活化的理念—健康促進的策略應符合國情與文化，自然的融入生活中。

「所以我現在就是說我現在想從本土的健康促進的自我照顧，其實我的定義我是用健康促進的自我照顧，我覺得健康促進就是在自我照顧」

「它應該的主要精神就是溶入生活，不管你是透過任何的一種介入，但是是跟他的生活息息相關的，這樣才能夠引發他的興趣，以及他想要真正去做改變，這樣的一個動機」

多元化的觸角—社會的多元化，相對地在推廣的工作上也要配合現況，透過多元化的管道，設計活潑生動的教學教材，提供豐富多元的選擇，讓民眾充分的自主自決，但知識發達與流通並不能保證態度行為一定改變，所以認知與行為之間的差距仍是實務工作者的重大挑戰。

「因為我們的社會變多元了，然後我們整個的環境也有很大的改變，所以變成說一般的民眾，或是學生，他暴露在重疊的學習管道當中，所以我們整個的健康教育或者是說你在提供這種學習經驗的時候，他也需要有所改變，所以也變成要去設計多種的學習情境，讓學生或者是民眾真他們能夠真正從這裡去體驗，然後產生一個改變的動機」

「所以健康促進要從生活的領域中去找，那我當然也不是說你不應該從疾病的領域中，是說從生活的領域中你就可以找到一些防止疾病發生的原因...健康促進的角色可以走入學校，走入診所，走入社區，甚至你可以投書媒體，你也可以製做電視節目」

「縱然現在來講，健康的資訊蠻發達的，尤其是那個解嚴之後，可是好像這中間，就是說一般人的行為、認知，跟這樣的一個外界狀況的改變，就是說資訊的提供蠻充足...就是我們在講說認知跟行動就是有差距的，那我覺得這好像是一個普遍的問題」

從小開始的健康管理—健康是一輩子的經營，需要從小養成良好的健康習慣，變成個人生活中自然而然的行為，減少因疾病而帶來的懊悔。

「一個健康的管理，我個人覺得這個還是從小就要教，不要說到長大了他還什麼都不懂，所以說小孩子的一些健康行為有關的應該就要在他的生長過程中就要去...是小學，或者更小，從小就要去養成這些習慣就對了」

「每個人應該都要有這樣的觀念（健康是需要管理的），而且這個觀念不會說是等到生病中才有，應該是從小的時候就應該要有！」

B.推動婦女健康促進之障礙

性別障礙—

「他說我不能夠代表中藥界。我覺得，他們常常會為了這些小事情，那為什麼？因為你是個女性」

與政府的協調—

「台北市政府社會局那時候還是陳水扁陳菊局長，覺得非常丟臉，還在研討會時質問我們你們是不是有政治的意圖，因為那個時候在選市長，社會服務，我不剛跟你講這個老人模式研習會我請了很多老人的機構，也請了台北市政府，那時候他就覺得說你是在搶功，他說你這樣是突顯我們台北市政府社會局的無能

婦女健康政策—

「婦女健康應該是被關照的，雖然說，她們現在已經在脫離那個角色，以前婦女健康還是在生產或和小孩有關的健康，現在稍微在慢慢轉變，但還是在婦幼上打轉，跳脫不了對婦女健康的關係，我相信在這一部份，...，我們最無力感的就是在這個地方，我們做的努力好像沒有施力點，而衛生署的那些人，找人也只是找醫生，醫生所做的就是給幾副藥，他們所看到的就是這些東西，蠻無力感的，婦女健康政策絕對不可能這樣再繼續走，除非整個台灣政策的改變，這事情才可能發生。不過我還是很樂觀，...不管怎麼樣一步一步走，我們還可以走向那個階段，可以做婦女健康的人越來越多，從下而上的壓力就越來越多，我是希望有這樣的一天。」

制度—

「用藥安全是一個簡單的概念，但是我過去做的比較多，一直是想從制度面去解決啦，所謂沒有處方買處方藥的問題，就是說去避免像抗生素的抗藥性這些，但是這部份做起來都蠻挫折的」

「用藥安全是一個簡單的概念，但是我過去做的比較多，一直是想從制度面去解決啦，所謂沒有處方買處方藥的問題，就是說去避免像抗生素的抗藥性這些，但是這部份做起來都蠻挫折的...因為接觸到民眾，其實是直接檢測在推的一些東西的思考，果然是差距蠻大的...因為當民眾沒有意識到說用藥安全對他來講是很重要的時候，就像我剛剛講的，他可能寧可取它方便...就是說教育的時間要很長，不是馬上能夠，所以一開始在推動會比較挫折，那加上這裡面有限制的意思在裡面」

社區民眾—

「現在我們已經進入第二年了，那我們本來慢慢希望志工，里長可以..慢慢的是不是他們介入的越來越多，我們應該慢慢可以抽身，也許我們再到另一個社區看，再把這個模式....，可是現在我居然發現他們不讓我們走，他們認為說我們少辦一點活動，甚至於我們抽身，他們認為我們不義，你會覺得說他們變成完全的依賴...適時的抽身，我現在也在跟我們的工作人員講這個理念，我們希望社會的資源無限，我們個人的力量有限，所以應該是大家一起來幫忙，而不是讓那些志工認為說他在幫我們照顧他們里的獨居老人，我覺得這是我從事社會服務非常嚴重的想法」

「那我就是說比較有挫折感就是剛開始活動來的人不多，或是你推出的時間不是很恰當，這時候來的人不多，會有挫折感」

「我想我的挫折大概是來自個人的啦，就是說我們在醫藥方面的這個知識還是不夠，雖然說我這個背景我比較能理解醫學的東西，但是還是不夠，然後常常會被醫生說，我們是專業，你們不是專業，你們懂什麼？你們女性主義跨越過那個界來管這個東西，那當然我們實在是不夠，譬如說很多東西我們事實上沒有那麼專業，譬如說全民健保到底要怎麼樣去給付，或是說會遇到這些政策要怎麼樣去擬定的問題，我們比較缺乏那樣的一個專業這樣子」

障礙因應的方式一

「每一次碰到一些困難的時候，就是說我自己也給我一個訓練就是說，當我碰到困難的時候，我會採取兩種方式，一種就是說我現在積極的去面對，我現在去面對說，我到底可不可以去處理，能不能解決，或者真的說，真的很痛苦的時候我就大哭一頓這樣子，我會先去積極面對；然後另外一個就是說，我會很努力的告訴自己說把他忘掉吧，我最近就是用這種方式，...就變成用另外一種角度去想，我想這個跟我的學習，就是整個走入行為科學的領域有關係，有很多心理學上面的原理原則去讀去教，然後也回饋到自己的身上。」

「我想我的挫折大概是來自個人的啦，就是說我們在醫藥方面的這個知識還是不夠，雖然說我這個背景我比較能理解醫學的東西，但是還是不夠，然後常常會被醫生說，我們是專業，你們不是專業，你們懂什麼？你們女性主義跨越過那個界來管這個東西，那當然我們實在是不夠，譬如說很多東西我們事實上沒有那麼專業，譬如說全民健保到底要怎麼樣去給付，或是說會遇到這些政策要怎麼樣去擬定的問題，我們比較缺乏那樣的一個專業這樣子，」

「我覺得蠻具體的，就是關於怕老、怕不好看這樣的一個心理上的壓力會很具體，但是這個不是我們用醫藥或是宣傳兩天就能去解決的問題，而且我相信這是一個沒有辦法解決的問題，你剛剛講到說什麼東西可以被注意到，我覺得這是一個，就是說他只要進入這個階段的時候，最後他實在是沒有辦法，他就只好接受，但是有一段時間他是相當的有一些恐慌在那個地方的」

「愛美的問題就影響到我們婦女更年期要不要用 HRT 的問題啊，對，那男的因為他要爽快一點，他不用保險套，女人就一定要去吃避孕藥、用子宮避孕器等等的，避孕這樣的一個概念事實上就是落在女人的肩膀上這樣一個問題啊」

社會文化對於女性角色的束縛—處處可見社會價值觀與文化中呈現男女性別角色的不平權的狀況

「女性的壓力常常是..一個地方來，在兩性之間的關係裡面他要想得到那個東西，得不到的時候，就整個的自尊的一種，然後就轉換過來的各種疾病...多少年來設計的這個路線，就是要結婚，那麼結婚的時候，常看到的...就犧牲一切去給那個男生，到了最後這個男生，不要了，或者是另有外遇或者是什麼的時候，他就在那裡痛苦的不得了」

「女性常常很難 control 自己因為你都是被人家 control 比較多。有些人就會說自己很沒有空，其實我告訴你有空沒空都是自己在安排的。」

「我們的價值觀太牢不可破，女人要付出那麼大的努力，有沒有？家裡頭媽媽生病，女兒去照顧，婆婆生病也是媳婦照顧，現在小孩生病也是媽媽帶去，先生生病當然，可是太太生病，沒有男人照顧。」

「因為我們是台灣的小孩子嘛，就是文化上、日常生活上面你會遇到一些比較不平等的待遇，但是你會覺得是女人都這樣子，但是你一直沒有想到那是一個制度性、文化性的東西啦，你會遇到這樣的問題」

「社會重男輕女的概念就對我們婦女就造成很大的影響啊，因為我們生育還是我們最大宗的業務，那你那天還說已婚墮胎的問題，那你要生很多胎去生一個女孩子，那不然就是沒有常常的話就有代理孕母的問題，要怎麼樣做人工協助生殖的問題，這東西都出來了」

「我們的文化對女人的待遇就是很不一樣，對男生跟老男人有兩個標準，就是說美有兩個標準，年輕的時候「就是很棒，所以頭髮白了也是很romantic的，然後老了有一些皺紋怎麼樣，代表他成熟什麼等等，一切都是智慧啊，好像比較成熟一點，再加上他有錢有power的時候，這個男人還是非常地attractive，但是女生跟老女人價值的東西就又完全不一樣，因為它只有一種定義而已，你一定要是年輕貌美嘛，那你到老的時候，這個眼袋出來，這個皺紋出來的時候，白髮出來的時候，就是被人家的黃臉婆，跟那種有魅力的老男人就不一樣了對不對？所以女人在這樣的一個文化裡面，他到了漸漸要年老的時候，假設這個環境裡面又一直很允許男人如何如何的時候，他就會非常地憂慮，」

「那就是說婦女他有時候的特性他就是說可以委曲求全，那他這種特質可能會影響他就醫的機會」

家庭責任的負擔一

「因為我們那個時候角色那麼多，一方面要把那個角色實現，一方面要照顧我自己的健康的話，我就是只要一有空就是帶著孩子..去玩、去散步、爬山，從他幼小的時候，不能爬高山的話，我們也是到郊外、花園散步，那個時代也有這樣子，等到他們會玩的時候，他們玩，我們照顧他的安全，我們也在玩，我覺得我那個時候的健康是用這樣維持的」

「我覺得（性別）差異是蠻大的，男人和女人在接受事情上是非常不一樣的，我們接觸男性的老人比較多，男性的老人比較有主見，所以要用男性老人的觀點，女性的話要顧慮到家庭角色的關係，帶入健康促進概念要用她為一個女人的角色來幫助，比如你健康的話，你小孩才能健康，你才能做一個好媽媽，才能扮演好這個角色，她這樣感覺才會出來，這個切入點是比較容易讓她接受，要先去注意旁邊的人，她才會注意到自己的健康...程度上要考慮到她社會角色的扮演，並且讓這個社會角色變成她的一個重要議題切入，所以在strategy的應用上完全不一樣」

「家庭就是她的family responsibility，因事實上，families讓她無法脫身，那健康促進就做不出來，那如果可以，就可以做一些事情，或者是family structure，和先生的關係，如果先生support，那她就可以出來，有些先生不准她去的，有些先生甚至鼓勵她陪她去的，這些影響是非常大的。」

「對女性來講，這是個preparation，不是說男性不需要，女孩子被要求還是比

較多，譬如說家庭的部份被要求 take care 比較多，所以我覺得女孩子可能也是可能沒辦法把它調整調整過來，就是說唸書工作不是唯一的事情，就是說進入家庭以後，你還有家庭的部份嘛，那這個時候你，因為你原來沒有一個準備，所以大多數的人就會突然變成雙重的壓力...以前唸書就是那跟男生是一樣的競爭，那結婚忽然走入家庭，那其它的就全部放棄，或者只有家庭，那等到小孩長大，自己老了，然後突然又覺得不對，這個階段又空了，反正都不對就是了，這個也不對，那個也不對」

制度政策面一

「那現在通常就是會碰到一種狀況就是說，你這個計劃可能這個時候結束了，那結束了之後就沒有再持續的經費再去做後面，所以通常就是會有一個這樣子中斷的情況..可是一般來講就是，確實是國家的資源就是有限啦」

「你沒有思考，那然後我在做我自己也覺得很不平，但是我也不會去思考，這到底是怎麼樣的一個問題，漸漸開始接觸女性以後，才知道原來這是一個制度性的東西，是文化、制度的東西」

「我一心一意就是覺得說這裡面有很多這個，當然整個男性偏見是整個台灣、應該是全球性的，整個制度上的缺陷是我們台灣有一些特別有的東西，我們希望透過這樣的東西我們能夠，一方面把女性的健康得到好一點的照顧，另外一方面就是說改善一下這個醫療體系的弊病，因為女性他生育他必須跟醫生接觸，大家都不生育，他為了生小孩必須跟醫生接觸，但是整個醫療體系裡面如果弊病多的話，女性是第一個受害者，所以我們希望說能夠這方面比較多，而且女性遇到男醫生的時候，大部份也是一個男性思考的醫療體系，他們比較害怕、比較不敢去，所以我們希望是說，假如女性他這方面的意識比較清楚的時候，我們能夠去改善這個醫療的環境、醫療體制的時候，我想對婦女的健康有比較大的幫助」

「我們在選擇議題的時候，譬如說早期乳癌或是肺癌這樣的一個研究，你會把錢放比較多在肺癌的研究，因為那個男性得的疾病比較多，女性乳癌得的機會比較少嘛，也是很多，只是他比較不受到重視，所以我們花很多錢，不做這方面的研究，在女性的生育健康上面，女性的一生裡面我們從開始有月經、然後生小孩、然後到停經，那個裡面問題很多很多，但是我們科學的經費是用到哪裡去了？要不要怎麼治不孕症？對，但是我們每個婦女經痛，表示百分之五十都經痛，每個婦女都經過更年期，那個研究的經費就非常少，可是在那個地方，這是一個什麼樣的意識型態在影響那個東西？那個最少的是不孕症，但是他們花很錢在那邊做研究，所以這是一個...我剛剛說怎麼意識型態怎麼去影響」

「我覺得它沒有所謂婦女健康政策，目前沒有什麼婦女健康政策很難去講，他沒有所謂婦女健康政策這樣的東西。...因為衛生署本身沒有，那他們好去年有寫了一本，為婦女健康政策這樣的東西出來，那也是四平八穩的，但是最重要還是說，裡面它並不曉得有性別的問題，它的醫療政策它沒辦法，他也不曉得那裡是什麼東西，他覺得婦女的健康跟別人有什麼不一樣？他就是掛了一個婦女的名字這樣子在那邊做，就是說最主要還是，不然就是做的人他有那樣的概念」

較多，譬如說家庭的部份被要求 take care 比較多，所以我覺得女孩子可能也是可能沒辦法把它調整調整過來，就是說唸書工作不是唯一的事情，就是說進入家庭以後，你還有家庭的部份嘛，那這個時候你，因為你原來沒有一個準備，所以大多數的人就會突然變成雙重的壓力...以前唸書就是那跟男生是一樣的競爭，那結婚忽然走入家庭，那其它的就全部放棄，或者只有家庭，那等到小孩長大，自己老了，然後突然又覺得不對，這個階段又空了，反正都不對就是了，這個也不對，那個也不對」

制度政策面一

「那現在通常就是會碰到一種狀況就是說，你這個計劃可能這個時候結束了，那結束了之後就沒有再持續的經費再去做後面，所以通常就是會有一個這樣子中斷的情況...可是一般來講就是，確實是國家的資源就是有限啦」

「你沒有思考，那然後我在做我自己也覺得很不平，但是我也不會去思考，這到底是怎麼樣的一個問題，漸漸開始接觸女性以後，才知道原來這是一個制度性的東西，是文化、制度的東西」

「我一心一意就是覺得說這裡面有很多這個，當然整個男性偏見是整個台灣、應該是全球性的，整個制度上的缺陷是我們台灣有一些特別有的東西，我們希望透過這樣的東西我們能夠，一方面把女性的健康得到好一點的照顧，另外一方面就是說改善一下這個醫療體系的弊病，因為女性他生育他必須跟醫生接觸，大家都不生育，他為了生小孩必須跟醫生接觸，但是整個醫療體系裡面如果弊病多的話，女性是第一個受害者，所以我們希望說能夠這方面比較多，而且女性遇到男醫生的時候，大部份也是一個男性思考的醫療體系，他們比較害怕、比較不敢去，所以我們希望是說，假如女性他這方面的意識比較清楚的時候，我們能夠去改善這個醫療的環境、醫療體制的時候，我想對婦女的健康有比較大的幫助」

「我們在選擇議題的時候，譬如說早期乳癌或是肺癌這樣的一個研究，你會把錢放比較多在肺癌的研究，因為那個男性得的疾病比較多，女性乳癌得的機會比較少嘛，也是很多，只是他比較不受到重視，所以我們花很多錢，不做這方面的研究，在女性的生育健康上面，女性的一生裡面我們從開始有月經、然後生小孩、然後到停經，那個裡面問題很多很多，但是我們科學的經費是用到哪裡去了？要不要怎麼治不孕症？對，但是我們每個婦女經痛，表示百分之五十都經痛，每個婦女都經過更年期，那個研究的經費就非常少，可是在那個地方，這是一個什麼樣的意識型態在影響那個東西？那個最少的是不孕症，但是他們花很錢在那邊做研究，所以這是一個...我剛剛說怎麼意識型態怎麼去影響」

「我覺得它沒有所謂婦女健康政策，目前沒有什麼婦女健康政策很難去講，他沒有所謂婦女健康政策這樣的東西。...因為衛生署本身沒有，那他們好去年有寫了一本，為婦女健康政策這樣的東西出來，那也是四平八穩的，但是最重要還是說，裡面它並不曉得有性別的問題，它的醫療政策它沒辦法，他也不曉得那裡面是什麼東西，他覺得婦女的健康跟別人有什麼不一樣？他就是掛了一個婦女的名字這樣子在那邊做，就是說最主要還是，不然就是做的人他有那樣的概念」

「競選的政策，像陳水扁那本婦女…像他競選政策裡面他有提到這個優生保健法，…他審慎地檢視，問題是他不做，我們從兩年前就跟他解釋說，還開好幾次公聽會對不對？得到的答案還是說，那個科長不知道叫什麼，他就一直要強調像這樣子的東西，就是說他們看不見這東西裡面，就是說為什麼會變成性別的問題？就是他們認為男的應該是主導一切的東西嘛，條例寫那麼清楚，就是經濟有問題或是傷害到身心，我問你誰最能夠決定誰身心有沒有受到傷害？假設我們用這個理由的時候，先生會比太太知道嗎？不會嘛，所以他們整個思考的模式就是說，是建立在孩子生不生是父權的男性的一個家庭的問題，而不是你女人的問題，社會有這樣的…一直搞不清楚這樣的，比較現代化的人會覺得說我用尊重這種事來包裝的嘛對不對？」

「醫生因為他的概念上面，醫生都是男生，他在做 給這個夫妻在建議怎麼樣避孕的時候，大部份的醫生都會傾向於講說用避孕藥，我就很氣，我就講說你們愛滋病宣傳到這種程度，你們還會叫太太用避孕藥，站在男性的思考就會，有什麼道理要用保險套，他們一想到保險套這樣的東西，那他們認為夫妻本來就是很安全的嘛，他們自然不會去想到用保險套這樣的東西，我問過太多醫生了，每次都非常非常失望，包括江千代也是覺得用避孕藥是最好的，我跟吵很久，現在終於改口說保險套了。所以你會覺得很 shock，就是說愛滋病的東西推了那麼久了，保險套怎麼樣怎麼樣，他們只認為那是用在青少年身上，至於說這個夫妻已經結婚的時候，不會有愛滋病的問題了，你知道我意思，因為這個東西不在的時候，他們就會用一個男性的思考，那就是女人去吃避孕藥最簡單。」 N1

社會結構—

「我做到現在反而是社會結構的部分最難，當然這也是包括健康促進的一個部分，因為我本身是社區護理人員，但是我們平常在和民眾接觸或是自己，因 social structure 給每個人的限制是蠻大的，所以在社區裡面，社區結構給健康促進的限制是多於個人可以去突破的」

「所以在這個醫學或科學上面，包括科學上面，數學、歷史、物理這上面都有遇到這樣的問題就是說，是誰去寫那個東西？那他這個寫出來的東西，他常常會把他社會上的這種意識型態帶到這裡面來，那性別是一個非常普遍的一個東西，特別是在醫藥科學上面或是生物科學上面，因為它性別的東西很多，所以在這上面我們就發現很多不是政治的意識型態的那 而是性別的意識的解釋，或是議題的找尋上面會有這樣的差異出現。譬如我們講受精的過程，那他們就會把這個受精的過程很容易把男尊女卑這樣的意識型態帶到裡面來解釋，就是一個主動、被動這樣的關係。」

社經差異—

「可是低社會階層他踏不出去，尤其是婦女他一方面他要做…一方面他覺得那個是奢侈，一方面他就是經濟，一方面他沒有 knowledge，不夠…就是沒有足夠的 information，他覺得那個是…因為他們可能…physical 最重要嘛，我自己能夠溫飽這個最重要，我還要去運動，很奢侈的，可能會有這些差異。……」

「不止生理，可能一些心理社會的因素，那這些因為他沒有辦法讓他有時間或是

空間、或是甚至於經濟，我想經濟也是一個很大的問題，因為婦女本來就是比較 poor 嘛，經濟是一個問題，那在老年婦女交通是一個問題」

醫療體系及醫病溝通－

「醫生真的是一種權威，所以醫生，我不喜歡，他非常權威，其實他不是真的權威，是我們社會造成的，他壓力也很大啊。為什麼他一定要看這麼多的病人，他的薪水才會高呢？所以說，醫師他一定會喪失一種人心，沒有人跟人的這個。你知道嗎，更年期障礙的最怕是這種沒有人跟人的」

「比方說陰道疹，一生下來就成為陰道疹，媽媽有沒有覺得說我可以說你不可以檢查，他不知道他不可以檢查，所以他在半個小時後被查了十次，他覺得這個是不對，可是他不知道他有權利可以說 no，學生跟我說我覺得病人被強暴，然後我們的學生也不覺得他有權利可以站在病人的立場說你們要做這樣子的檢查，第一個就是說你在自覺的部份真的還是要從教育著手，當然還跟我們的文化有關，那當然還有我們這個醫療界鴨霸，.... 醫師他還是覺得他很主導“你不要問了，你問這個幹什麼？”」

「然後我們那個醫生就是，他也告訴你“沒有問題啦，都正常啦”，有的他也不回答你，醫病關係基本上還是醫生為主導，他認為你可以不要問，你問這個多幹麼，我想跟醫生本身還是有很大的關係，還有醫院也有關係，看你到那裡去，私人診所會比較好，你選擇他，你也可以不選擇他，現在基本上大部份都是有選擇性的，可是我們還是相信名醫這個制度」

「我對於醫師及他們的 cooperation, 因他們不知道 how to promote, 都在 cure 上, 他的 focus 那麼小, 在一個器官上, 頭, 心臟, 腳上, 他怎麼可能想到要 health promotion, 我認識的醫生幾乎沒有一個人知道這一方面的, 他 concern 的東西都在局部, 很難想到去做 health promotion 層次上, 我想也很少去想那層次的問題, 覺得那才是基本的問題」

「現在就是有很多的趨勢在 medicalize life style, 尤其是對婦女的議題上, 尤其是在 competitive resources, 有些醫生他要有名, 或繼續擴張他的有名, 他就要做很多研究, 來看哪些可以讓我的技術更好, 反正很多 negative resources, 他要擴張他的 bounder, 排擠其他的 resources, 這就是我的 concern」 S7

「, 所以其實到大醫院去碰到的感覺是跟大多數人一樣, 你掛號就搞了半天, 那跟醫師的溝通也不是那麼的理想」

「...從一開始做到最近慢慢減少, 我們一開始覺得, 很多醫生跟我們講說「這太專門了, 你不需要知道。」, 這太專門了, 我們醫生知道就好了, 我講, 你聽得懂嗎? 這些醫生不是一個醫生哦! 幾乎每個... 都碰到幾個醫生這樣, 才保持那種資深啊!...」

「...我記得我去榮總訪問一個感染科... , 感染科主任是台灣中華民國感染醫學會理事長, 我所有什麼問題他都會笑笑說「哦! 不需要知道這個, 太深了, 你不用問, 你寫了也難看, 你也不會寫。」, 整個採訪非常的挫折! 他們覺得我們就是愚民一樣, 我想問題不像馬路上賣烤蕃薯的人了嘛! 也是這樣對待啊! 這顯示他什麼? 這醫生知道就好, 連護士都不用知道。我剛剛說的不對等真的非常不對等, 幾乎到了羞辱的程度, 醫療體系是非常封閉的, 心情上非常憤」

怒！....」

「台灣的醫病關係是不對的，醫生高高在上，不能隨便斥喝，後來我們覺得醫生為什麼...難忘的事情，醫術、和病人之間的關係，比我們一直教訓人家平時應該重視病人，我們這樣寫或想法報導之後」

「我的就醫經驗啊，我很討厭看醫生，特別是婦科的，我想那個障礙...感冒那是另外一回事，我本人不喜歡去看醫生是整體的，但是會感冒的還是去看婦產科，因為你想到說你的隱私的部分要去暴露的時候，這個地方讓你很不能，就是讓你止步，不想去。...我會比較傾向於選女醫師那樣子，而且我曾經一個就醫經驗，就是說一個女醫師，經過很多男醫師，那個壓舌的時候，那女醫生在做的時候就非常細膩，就是說他做的非常的柔，男的就這樣很用力的，就是讓你感覺很不一樣，那是唯一有一次女性幫我做檢查的時候，我的感覺是那樣子的，那整個就醫的經驗我想我可以想像得到，大部分的女性看到醫生的害怕的這種心情，因為即使像我這樣的女人去看醫生，有時候我會多說兩句話，他就會說你懂還是我比較懂的時候，你常常就不敢再問話了，那這個是一個醫療體系裡面，我不知道是恐懼什麼，總之在那個環境裡面，可能也不只是女人啦，醫療的專業、再加上男性的權威大概是讓女性非常...就是說在一個醫療關係裡面非常地委屈」

「我一心一意就是覺得說這裡面有很多這個，當然整個男性偏見是整個台灣、應該是全球性的，整個制度上的缺陷是我們台灣有一些特別有的東西，我們希望透過這樣的東西我們能夠，一方面把女性的健康得到好一點的照顧，另外一方面就是說改善一下這個醫療體系的弊病，因為女性他生育他必須跟醫生接觸，大家都不生育，他為了生小孩必須跟醫生接觸，但是整個醫療體系裡面如果弊病多的話，女性是第一個受害者，所以我們希望說能夠這方面比較多，而且女性遇到男醫生的時候，大部份也是一個男性思考的醫療體系，他們比較害怕、比較不敢去，所以我們希望是說，假如女性他這方面的意識比較清楚的時候，我們能夠去改善這個醫療的環境、醫療體制的時候，我想對婦女的健康有比較大的幫助。」

「我們就要談醫病關係嘛，他們認為醫病關係是制度的問題，談那個個人層面的東西是非常瑣碎的...我們應該朝比較大的方向、比較嚴肅的這個方向去談，就是要改變制度，制度是一個問題，但是醫病關係也有 personal 的這個個體接觸，是非常重要的，但是他們完全不會想到這樣的問題，不會想說病人有什麼問題，想說我的權益怎樣被什剝削，他可能不是一個醫療的關係，他們是在談個人的問題，他們醫師整體的問題，而不是醫病關係的問題，他非常非常明顯地看到這樣子，後來因為我寫了一個書，是醫療體系裡面男性思考的偏見，他說他不同意這個東西，我說你今天講那個話就是充分表現出你們男性的思考」

「一般的醫病關係，都是覺得滿偏的，所謂的滿偏的就是說，他會告訴你台灣的醫療環境，因為台灣的醫療環境不好，醫生做那樣子的動作是不合理的，如果站在醫生的角度來講的話，醫生會覺得他也是要收入啊、什麼什麼的啊，然後大家又一窩蜂啊，然後站在病患的角度，他就會講說，反正各說各話就對了」

「我認為整個醫病關係，包括了硬體的體貼成度，如果你的硬體夠體貼的話，其實你的醫病關係已經消除到一半以上，那不純粹是人的問題，有時候是制度的

設計，兩棟大樓之間、三棟大樓之間可能走路要半個小時，你如何體貼的起來？那是人跟人之間的關係，對，我說過這是硬體、還有流程，11樓看診、1樓拿藥，怎麼體貼的起來？所以對我來說，那是一個很漫長的過程，嗯，沒有很清楚的這樣這樣這樣，就我能力所及先開闢這樣子的一個，一個比重，一個多少的比重，開闢這樣子的園地，慢慢慢慢地，我想這是責任」

中醫體制或另類療法—

「另類療法我想是應該有它的特色，或者是說也有它的貢獻，但是要看說它是不是有一個自己的體系，能夠建立起來，如果沒有一個所謂的規範，同樣的另類療法，同樣的跌打損傷，假設這樣說這一家跟那一家，他們可能都是出自不同的師徒，那這中間又沒有一個所謂個客觀的標準的話，好像這中間也很難去說讓民眾真正的會大量的去使用，或者信賴，所以我覺得說另類療法它也有可能
有它未來的一個遠景，就是說他自己也要在他自己的體系裡面，怎麼樣去強化，怎麼樣去設定一些規範，然後它們能夠組織起來，能夠在這樣子的一個醫療領域裡面，讓一般的民眾對他們有所信賴，這中間我想還是有待努力。」

「所以你不要太執著在我們西醫的部份，你也不要太瞧不起其他醫療照顧的理念，常常有的時候是因為沒有聽過證實，那沒有證實是因為我們的科技沒有那麼發達，其實它是存在的」

「現在我有時候接觸很多的醫師還有護理人員，我可以看到他們還是走我以前的路，就是說會把很多其他的除了西醫之外的東西完全的排掉，他根本完全的不相信，那我覺得這是非常遺憾的事情」

「所以你可以看到現在我做健康促進的事情，我現在在護理學院教書，我教婦女健康，在我婦女健康裡頭，我一定會教另類的醫療照顧，我會把中醫的體系教進去，而且現在中醫也是世界的潮流，甚至於我會教腳底按摩，然後當然態度你要open，可是你要小心，因為還是有很多是沒有經過驗證的，像針灸、腳底按摩這種還好，因為你沒有吃任何東西下去，現在還有一些像藥草偏方這些東西，我也不是排除，只是說每個人有每個人的體質，所以它還是需要進一步的驗證」

「我個人是覺得它（中醫的療法）比較偏重於保健...這就是一個比較...也不是叫預防，是叫 supported」

「我不知道，我自己也有問題困擾，我自己都嚇到。中醫講的是一套，西醫講的是一套，到底該...我一點都不知道」

「民俗療法，其實這個部份我還是滿憂心的...當然因為這是跟文化有關係...甚至於說其實你可以清楚的分別中醫跟另類，中醫跟民俗療法，但是台灣現在整個界線都模糊掉，好像中醫也是民俗療法的一部份。就是...整個都模糊掉了，然後因為怎麼樣所以你去否定怎麼樣，其實那樣子都不是最好的」

婦女主體意識的缺乏—

「婦女他都是別人的責任完了，他才會考慮到自己，所以事實上婦女好像他會...那時候有講到什麼...所以大部份婦女最後才會想到自己，所以這個當然他病會拖啦，或是他可能因為以家庭為主啦，或是小孩的病為主，可能會忽略掉自己，

也可能變成障礙，因為他的性別角色跟家庭責任的問題」

「憂鬱這個東西和女性幾乎是多出幾倍來，像這樣的東西我都在想是因為女性的生命本身...那個主體意識，要再加強，而且這個主體意識的形成，好像是從..生命的開始就會要有，像我自己在這裡想到我這種東西...我很早就感覺到我是一個，這個主體意識很強...」

「如果你有個獨立的，我應該把獨立去掉，主體性的意識在的時候，這個女性的健康，我想會有不同的一個....」

「我們女性發展的階段...還沒有自察自己是站在這麼被動，這麼弱勢的一個環境，他不覺得他可以說不，他不覺得他有決定的權利」

「譬如說婚姻的問題或是什麼問題，他不知道到哪裡求救？那你說他沒有唸書嗎？不至於嘛，現在起碼都高中畢業，那專科的很多，那我很 surprise 說，啊專科畢業的女生還有這樣子的？就是說，先從一個基本的問題來講，就是說他們為什麼這麼依賴男生呢？那他都不知道說，不依賴他都可以活得很好、快樂嗎？所以我覺得還是那個 self-concept 的問題。」

「然後我覺得最近十年，尤其最近五年，我覺得台灣好像醒過來，從睡覺中醒過來，活起來，其中醒最多，活最快的是女人...當男人成長、男人改變、男人覺醒很慢，因為女生優待男人」

「我覺得女人要自己要愛自己，可是很多人不知道，可能是現在三十歲、四十歲女人比較知道，可是再過來是老一輩的人不知道」

「女人覺得她是比較撐著，這社會上就算很訊息，他們看到，也覺得跟她老公有關，她 pass 給老公，跟她小孩有關的，她知道阻礙小孩，但關於自己的不見得會讓她們那樣...多為別人活，少為自己活。...」

知識能力的缺乏一

「那個我剛剛講的很多的婦女，還是對很多的知識的缺乏，所以當他發生問題的時候，好像做很多無謂的消耗」

「我們的台灣的婦女，我覺得我們肢體動作的經驗非常的少，所以，她幾乎不知道什麼是她比較有效率的動作方式，甚至於那個經驗也沒有」

「所以我們這一代的中年婦女可能很多人是小學，所以他們對吸收新資訊，可能有其他一部份人是沒有那個習慣的。從閱讀、看電視得來，所以覺得很多人停留在不太知道最新的東西上，停留在口語上、婆婆媽媽上，這點是我們雜誌幾乎無能為力，而公衛界的一大挑戰！」

資訊的多元複雜一

「還有一點讓我覺得真正可怕的是，報界解禁之後，你們看多少的醫藥版的執筆人都不是醫藥界的專業人士，而且為了配合市場寫的東西呢、秘方也寫、什麼都寫」

肆、討論與建議

各國婦女健康政策比較

婦女健康政策部分，目前收集到的國外資料有美國、澳洲、加拿大、歐洲，美國、澳洲、加拿大是以國家為範圍，歐洲則是數個國家。雖然美、澳、加都是聯邦政府，也都是多移民與原住民的國家，但是美國又不同於澳洲與加拿大，並無全國統一的婦女健康政策與制度，而是由各州政府自行規畫州內的婦女健康政策、服務輸送、財源。澳洲與加拿大則是體制較相似，澳洲是由聯邦政府統籌撥經費、負責規畫婦女健康政策，而交由地方實行，加拿大則是由加拿大健康部門直接負責輸送健康服務的團體與轄區。

在原則方面：各地區的婦女健康改革政策，雖然架構並不相同，但是卻依稀可發現有共通的原則，強調切合婦女的需要、婦女參與、婦女充權、以社區為基礎、初級照護、地區差異性、醫療可及可近性、研究要納入女性、跨單位整合等。而歐洲的部份，因為是由 WHO 主導的地區性計畫，因此除了考量到各國的社會文化差異外，亦希望藉由國際的合作能互相輸送經驗與想法，同時亦藉由國家的比較，督促並監測各國的婦女健康發展。就歐洲的地理環境而言，每個國家的面積與人口不是很大，而且緊鄰在一起，這樣的發展計畫不失為一個具有成本效益的方式。

在行動議題方面：若從行動面來看，歐洲的優先議題是：妊娠安全、性與生育健康、婦女健康補助、健康生活型態、婦女暴力。澳洲的優先議題是：生育健康與性事、老年婦女健康、情緒與心理健康、婦女暴力、職業健康與安全、照護者的婦女健康需求、性別角色刻板印象對婦女健康的影響。加拿大則在 1997 年的國家健康討論提出九點健康策略改革的方向：1.減少因權力不平等而導致的社會不平等和暴力 2.緩和婦女雙重的工作量 3.確保不同婦女參與健康研究、計劃和健康服務體系 4.支持原住民婦女和使婦女能夠教育自己 5.支持發展以婦女和家庭為主的健康服務 6.對抗對女性過度的醫療化 7.處理健康系統改革對女人的障礙 8.支持婦女研究 9.支持婦女的領導角色。美國紐約州的改革面向是：促進消費者與提供者的互動、適當的服務輸送系統、健康訊息與教育、政策制訂與決策、研究。由於美加澳都是多移民國家，而且移民又來自眾多國家與民族，因此皆特別針對少數民族移民婦女的特別需求而有另外的健康計畫。而澳洲也有原住民，她在國家中亦屬於弱勢的一群，同時特有的文化、醫療背景，也不適合將她納入一般民眾的。在作全國性的健康計畫時，也試圖從經濟、文化、教育方面改善，同時鼓勵另類醫療或補充性的健康資源如助產士的發展與加入。

歐洲的計畫因為是針對健康狀況較差東歐與中歐，因此行動的面向中特別著重妊娠安全與家庭計畫，這是在澳洲與美國較少提及的，而以較廣的生育健康為訴求。歐洲的資料有限，因此並沒有細部的執行方案與步驟。美國紐約州則較關注結構面，像是醫病關係、醫療健康服務要如何輸送。另外也因為有 ORWH，所以特別著重婦女健康的研究。同時亦從醫學教育面（不管是醫學院或是繼續教育）作婦女健康意識與能力的扎根。另一個非常特殊的是，為增加醫療服務的可

及性，增加偏遠地區婦女的醫療健康資源，所採用的策略是大大重用執業護士、助產士、醫師助理等醫師之外的醫療健康提供者，而這些提供者多以女性為主。除了提供保險、就業誘因外，並給予訓練教育，提昇專業能力，使這些具備婦女健康照護能力的人員能下鄉服務，以社區為基礎的方式提供婦女初級照護服務。而在醫療人員下鄉計畫中，少數民族是被列為優先名單內的，希望藉由少數民族進入醫療健康提供者市場，而能對少數民族婦女的健康有更大的貢獻。

雖然澳加兩國的婦女政策都涵跨中央與地方，但兩國的特別著重的方式並不相同，加拿大特別著重中央跨部會的整合，還特別成立婦女健康事務處來主導整合，強調所有的健康政策都要加入性別考量，並從改善性別不平等著手，不管是社會、經濟、文化上的不平等，甚至注意到對兒童的教育與女童自尊心，而澳洲則由地方來確實接近婦女與實行政策，利用在各地廣設婦女健康中心，提供資訊、基層照護與執行預防篩檢與健康促進工作等方式，這兩個部分：跨部門完整的政策還有可近性高與確實的實行，都是在執行婦女健康政策上不可或缺的部分，非常值得學習。

美國與加拿大的另一個特點是非常重視研究。美國在 NIH 下所設立的 ORWH 致力於婦女健康研究的推動，同時亦嚴密地被監測其在改變婦女健康研究的進展。雖然研究無法對婦女健康有立即的成效，但長遠地看，研究將提供未來問題的解答，這是非常需要費時扎根的工作。加拿大則是在由加拿大健康部門支持與監控五個研究中心與 CHWN 的致力推動婦女健康研究，雖然短期間看不到成效，但對於長遠的政策建立與實行而言，是非常需要費時扎根、不可輕忽的工作。至於澳洲，則是和非政府機構有很多成功的合作計劃，結合民間的力量與資源，注入更多的活力並切合當地需要。

而各國的婦女健康政策與方案制訂皆強調民意依歸，乃針對不同婦女之不同健康需求而制訂。而澳洲因為是由聯邦政府統籌規畫，財源來自聯邦政府，不似美國需自行籌措。因此在計畫的實施上，不易因經費受限而停滯，但這也成為推動婦女健康的絆腳石，因為拿人手短，在政策建議與改革上，就不敢太過於否定政府。

加拿大與澳洲之比較

	加拿大	澳洲
人民	白人 原住民 移民	白人 原住民 移民
體制	聯邦 聯邦政府統籌撥經費、負責規畫婦女健康政策，交由地方實行。	聯邦 由 Health Canada 支持直接負責輸送健康服務的團體與轄區，而 First nation 和 Inuit 兩個原住民省則由健康加拿大加強補助。
婦女健康政策的緣起	因應北京行動宣言	因應北京行動宣言
原則	切合婦女的需要、符合地區差異、加強醫療可近性、研究要納入女性等，尤其強調以人生每個階段為切入點、強調跨單位的整合。	切合婦女的需要、符合地區差異、加強醫療可近性、研究要納入女性，尤其強調文化差異，以及社區基層服務運輸。
優先議題	性別角色印象對婦女的健康影響。 減少導致社會不平等和暴力的權力不平等 緩和婦女雙重的工作量 確保不同女人在健康研究、計劃和服務運輸上都能真實的參與 支持原住民婦女和使婦女能夠教育自己 支持發展婦女和家庭為主的健康服務 對抗對女性過度的醫療化 處理健康系統改革對女人的障礙 支持婦女研究 支持婦女的領導角色	生育健康與性事 老年婦女健康 情緒與心理健康 婦女暴力 職業健康與安全 照護者的婦女健康需求。 。
值得學習之處	特別著重中央跨部會的整合，成立婦女健康事務處來主導整合，強調所有的健康政策都要加入性別考量，並從改善性別不平等著手。 注重研究。 重視少數族群。 鼓勵另類醫療及補充性醫療發展。	由地方來確實接近婦女與實行政策，利用在各地廣設婦女健康中心，提供資訊、基層照護與執行預防篩檢與健康促進工作等方式。 重視原住民，以文化差異著手。 鼓勵貨類醫療及補充性醫療發展。

婦女健康指標

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。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)，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。若分別計算各個死亡因素分別占男女整死因的百分比顯示，性別的主要死因則需重新排列，如表三所示，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。

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。

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。

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。

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%)。

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)。

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，有感國內仍缺乏一些較為精細的指標。此外，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。

伍、參考文獻

- Allen KM and Phillips JM. Preface. In: Allen KM and Phillips JM (eds), *Women's Health Across the Lifespan*. New York: Lippincott. 1997.
- Auerbach JD and Figert AE. Women's health research: public policy and sociology. *Journal of Health and Social Behavior* 1995; (extra issue):115-31.
- Beall J. Trickle-down or Rising Tide? Lessons on Mainstreaming Gender Policy from Colombia and South Africa. *Social Policy & Administration*, 1998; 32: 513-34.
- Boston Women's Health Book Collective: *The New Our Bodies, Ourselves*. New York: Touchstone Book 1992; 572-3.
- Chen, Fen-ling. *Working Women and State Policies in Taiwan: A Study of Political Economy*. London: Palgrave pub., 2000.
- Commission of Women Status: UN Important Issues: Secretariat Report. (E/CN.6/1999/4). Strasbourg: Commission of Women Status, 1998; 18-27.
- Commission of Women Status: UN. Information Forum on National Policies in the Field of Equality between Women and Men (E/CN.6/1999/7). Strasbourg: Commission of Women Status, 1997; 17-31.
- Commission on the Status of Women. Draft Agreed Conclusions on Women and Health Submitted by the Chairperson of the Commission (E/CN.6/1999/L.2/Rev.1). Strasbourg: Conference Document, 1999; 1-7.
- Donahue AH. Women's health: a national plan for action. *Journal of Dental Education* 1993; 57(10):738-41.
- Doyal L. Women, Health, and the Sexual Division of Labor: A Case Study of the Women's Health Movement in Britain. In: Fee E, Kaieger N Eds. *Women's Health, Politics, and Power*. Amityville: Baywood Publishing, 1994; 61-76.
- Doyal, L. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. NJ: Rutgers University Press, 1997: 197-233.
- Dnuuell K., Fitzpatrick J. & Bunting J. *Making of official statistics in research on gender and health status : recent British data*. *Social Science and Medicine* 1999; 48:117-127.
- European Union. Progress Report on European Community Activities Relating to the Two Areas of Concern: Institutional Mechanisms for the Advancement of Women, and Women and Health. Strasbourg: Report at the 43rd session of United Nations Commission on the Status of Women, 1999; 9-14.
- Health Canada: Table of contents for the women's health strategy. URL: [http:// www.hc-sc. gc. ca/ pcb/ whb/ womenstat.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/pcb/whb/womenstat.htm) Updated 2000/6/13
- Health Policy. Implementation of the Beijing platform for Action 62-93
<http://www.undp.org/hdr/1995/hdr95en3.htm>

<http://www.undp.org/hdro/anatools.htm> : Doraid M. *Analysis Tools for Human Development*. UN : HDRO ,1997.

<http://www.who.int/frh-whd/> : **Woman's Health**

Kanzanjian, A. (1998) Understanding women's health through data development and data linkage: implications for research and policy. *CAMJ* 159: 342-345

LaRosa JH. Women's health policy and research. In: Allen KM and Phillips JM (eds), *Women's Health Across the Lifespan*. New York: Lippincott. 1997; 3-16.

Lewis J, Davies C. Protective Legislation in Britain, 1870-1990: Equality, Difference and their Implications for Women. *Policy and Politics* 1991; 19: 13-25.

Macintyre S., Hunt K. & Sweeting H. *Gender differences in health : are things really as simple as they seem ?* *Social Science and Medicine* 1996; 42:617-624.

Maharaj, R.(1999) The role of women's advocacy groups in shaping canadian health care policy. *Women's Health Issues* 9(5)259-263

Margolis DR. Women's movements around the world: cross-cultural comparisons. *Gender & Society* 1993; 7(3):379-99.

Mason JO. From the Assistant Secretary for Health, US Public Health Services: A national agenda for women's health. *JAMA* 1992; 267(4):482.

New York State Department of Health. Women's health: report of the interagency work group on women's health. URL: <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/women/wmnhlth.htm>. Updated 6 October 1994.

Official for Official Publications of European Communities: Commission of the European Communities-on the state of woman's health in the European Community ; Brussels :COM, 1997.

Pinn VW. The role of the NIH's Office of Research on Women's Health. *Academic Medicine* 1994; 69(9):698-702.

Publications of the National Forum on Health. URL: [http:// www.nfh. hc-sc. gc. ca/ publicat/ finvo12/ women/ inxwomen. htm](http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/finvo12/women/inxwomen.htm) Updated 2000/6/13

Queensland Government Office of Women's Affairs. Department of Health. URL: http://www.qldwoman.qld.gov.au/owa/govtdept/dept_health.html. Updated 12 September 1996.

Queensland Health, Women's Health Policy. Queensland Health Policy Document Four, 1993.

Reanda L. Engendering the United Nations: The Changing International Agenda. *The European Journal of Women's Studies*, 1999; 6: 49-68.

Sechzer JA, Griffin A and Pfafflin SM. Women's health and paradigm change. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1994; 736:2-20.

Sharp N. Women's health: a powerful public issue. *Nursing Management* 1993;

24(6):17-9.

Sheldon, S, Thomson, M. *Feminist Perspectives on Health Care*. London: Cavendish, 1998.

Snowe O. Women's health: a focus for the 1990s. *Academic Medicine* 1990; 65(11):684-5.

United Nation. Platform for Action and the Beijing Declaration 1996 (台北：婦工會譯，1996; 44-61)。

Verbrugge L.M. *Sex Differentials in Health*. Public Health Reports 1982 ; 97(5):417-437.

WHO Regional Office for Europe. Vienna statement on investing in women's health in the countries of central and eastern Europe. URL: <http://www.who.dk/policy/women.htm>. Updated 9 August 1996.

WHO : *Gender & Health : Technical Paper* WHO1998.

Woods N.F. *Women's Health Care-Women and Their Health*. California : SAGE, 1995.

World Health Organization. Health for All. In The Twenty-first Century. WHO, 1998.

World Health Organization. Women and Health. WHO, 1999.

中國國民黨婦工會：跨世紀婦女政策。台北：中國國民黨婦女工作會，1999; 16-7,29-31。

台大人口研究中心婦女研究室：婦女與健康學術研討會會議資料。台北：台大人口研究中心婦女研究室，1990。

台北市女性權益促進會：女性與健康—全民健保與婦女健康研討會。台北：第三屆全國婦女國是會議資料 1998。

台北市政府衛生局：婦女健康業務服務推動小組第二次會議資料。台北：台北市政府衛生局，1999。江東亮：醫療保健政策-台灣經驗。台北：巨流，1999;13,154。

台灣省家庭計畫研究所：台灣省家庭計畫研究所八十八年工作報表。台中：台灣省家庭計畫研究所，2000。

行政院衛生署：1994 年國民醫療保健調查。台北：行政院衛生署，1995。

行政院衛生署：中華民國八十七年台灣地區衛生統計。台北：行政院衛生署，1999。

行政院衛生署：中華民國衛生年鑑。台北：行政院衛生署，1995。

行政院衛生署：行政院衛生署科技研究發展合約型計畫經費使用範圍及標準。台北：行政院衛生署，1999。

行政院衛生署：行政院衛生署暨所屬機關研究成果摘要彙編及圖書室檔案。台北：行政院衛生署，1993—1997。

行政院衛生署：婦女健康政策(草案)。台北：行政院衛生署，1999。

周海娟(1994) 社區健康發展：澳洲婦女醫療健康服務及其未來。社區發展季刊

66: 28-36

周海娟：社區保健發展－澳洲婦女醫療保健服務及其未來。社區發展季刊 1994; 66: 28-35。

周海娟：社區健康發展：澳洲婦女醫療健康服務及其未來。社區發展季刊 1994; 66:28-36.

胡幼慧：台灣當前婦女的健康問題檢視。婦工會婦女健康政策研討會，1996a。

胡幼慧：婦女健康政策白皮書，研究與建議。摘自婦工會國家婦女政策的規畫與發展研討會，婦工會，1995b。

馬英九行動白皮書婦女權益篇。台北，1998;18-22。

婦工會與台大人口研究中心婦女研究室：婦女健康政策學術研討會。台北：婦工會與台大人口研究中心婦女研究室，1995。

張珣、陳芬苓，台灣婦女健康政策的性別分析

張珣：墮胎合法化對臺灣婦女影響的省思。婦女與兩性學刊 1992; 3:1-23。

張春興：現代心理學。台北：東興，1998。

郭文華：美援下的衛生政策：一九六〇年代臺灣家庭計畫的探討。台灣社會研究季刊 1998;39-82。

陳水扁政策白皮書，1999。

黃淑英、涂醒哲、蔡婉鈴，台北市婦女健康服務需求調查研究，研究調查 87，10，p115-116。

臺灣省家庭計畫研究所：臺灣省家庭計畫工作報告。台北，臺灣省家庭計畫研究所，1978; 55-61。

臺灣省家庭計畫研究所：臺灣省家庭計畫研究所志。台北，臺灣省家庭計畫研究所，1996;75-6,162-8。

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。