

第六篇 婦女健康與醫療政策劉仲冬

壹、基本理念

健康不但關係個人幸福，亦影響社會生產力及國力，向來深受國家重視，近日甚至逐漸變成國民的基本權利。為實踐性別平等，落實婦女健康，特制定本政策白皮書。本政策白皮書的基本理念包括：

一、健康優先

國人對健康的概念依然停留在「沒有病就是健康」的階段，因此以為對健康的追求，必須依賴醫療，祛出疾病保障健康。然而歐美國家自六十年代開始，即發現醫學 與其他的當代科技一般，是一把雙刃的刀，它能治療疾病，也能帶來傷害。正如社會學家 Illish（民國六十五年）所說：六十年代 Thalidomide 造成畸形嬰兒事件、避孕藥使用的危險、不必要的手術、過多的檢查、不當的用藥等。Illish 總稱這些因醫療而造成的傷害及疾病為「醫原病」，也就是醫療造成的病。事實上一個社會就統計而論，應當大多數的人是健康的，只有少數人生病。就個人一生而言，也應當大多的時候是健康的，只有少數時候生病。因為只有少數人在少數時間需要治療，所以健康政策的重點應當著眼在健康，而非醫療。

二、建立性別平等的健康及醫療決策機制

六十年代西方第二波的婦女運動也揭示了醫學非但不超然中立，而且有「性別偏見」。婦運中婦女們開始討論她們的就醫經驗，她們發現隱藏在醫學理論背後的，實際上是男性支配的價值觀。許多所謂的醫學知識根本不是知識，而是一些經過包裝的社會「規訓」，告訴女性如何當女人。診斷及治療不但不客觀中立，甚至也不一定善意。醫生與病人間的關係不僅是專業關係，也是性別社會關係。醫療工作者，尤其是醫生，對女病人重演父權式的性別關係控制女性。女性被壓制並被告知她們 的身體是不好的，被灌輸各式扭曲的女性生理解剖、性知識，以及女性應當如何行宜的教條。在醫學的支配下，女性被宰制，對自己身體的主權完全被否定掉了。因此必須由體制上著手建立性別平等的健康及醫療決策機制，以改善之。

三、肯定女性承擔健康責任及貢獻

父權社會把照顧老人、小孩及病人的責任保留給女人，不但醫療機構中的照顧者多為女性，女性更以家人照顧者的身分，長年且終身無休的擔任第一線的健康工作，護衛著家人的健康。健康的來源不是醫療，是安定的生活、清潔的環境、

適當的飲食、充足的睡眠等。這一切因為有人把家弄的安適。發生小毛病時候有人照顧，心情不好時有人傾聽，這一切都得自母親、太太、姊妹，也就是女性朋友及家人，所以女性承擔了我們社會健康照護的絕大責任，對社會的貢獻應給於予肯定與支持。

。

貳、現況與困境

一、困境說明

(一) 長久以來，婦女由於經濟及社會的弱勢，維持及保有健康的條件不足。在個人層次，家庭經濟困難的時候，食物及就學的機會常常必須保留給家中男孩。在國家及社會層次，如第二次世界大戰及中國抗戰時，女性不但被動員參與救國，亦走上生產線，然而在戰爭結束後，國家立即號召她們回歸家庭，把工作讓給復原回來的男性。

(二) 傳統的公共衛生單位沒有婦女健康的概念，婦女健康包含在「婦幼衛生」項下。婦女與兒童相聯並列，一方面顯示在主事者的心目中，婦女的身分近似(或等同)兒童，同時也表示社會關心婦女健康的目的，在維護家人及下一代的健康，而非婦女本身。「有健康的媽媽，才有健康的孩童」或「媽媽健康，家庭才會幸福」的說法，雖然議題主張婦女健康，但婦女健康沒有單獨存在的理由，必須依附其他目標—家人的健康幸福—才能存在，也才有正當性。

(三) 過去國家及社會對婦女的健康關注僅止於生育方面，也就是只關心其為社會生產新份子的功能，例如傳統的公共衛生婦女工作僅包括生殖健康。

(四) 即使在生育內，婦女所受到的醫療及健康照顧不是不足，就是因過度醫療(如：大量的剖腹產及子宮切除)而造成傷害。

(五) 在婦女其他整體健康方面，近年也漸漸被醫療化及病理化，例如更年期及憂鬱症。

(六) 婦女做為第一線及最基層的家人健康照顧者功能，沒有被肯定，甚至形成剝削。照顧被視為愛心工作或家務，使得家人照顧者沒有報償，職業的照顧者(例如護士)待遇不合理。

(七) 利用傳統的婦女照顧功能，卻忽略其健康權利的結果，終極形成對婦女極端不利，也不公平合理的健康環境。

基於醫學（醫療）主導衛生工作，而醫療的關懷是疾病，所以我國衛生單位所發布的生命統計主要包括疾病率及死亡率，直至最近才有一些比較正面的健康檢查及健康行為數據出現；同時，因為醫學認為唯有經過專家（醫生）鑑定過的（觀察到的）現象才有意義，不重視當事人的主觀描述，所以主觀指標不受重視。隨著人權觀念的增長，健康的主觀指標亦將受到重視。

雖然，過去在婦女健康方面的資料非常有限，但以下依然設法儘量利用，以勾勒出婦女健康的藍圖；但以下仍將依照客觀指標、主觀指標及正向健康指標的次序分別說明，以勾勒出婦女健康的藍圖。

二、現況分析

（一）客觀指標

1.死亡率

（1）民國九十一年我國女性的平均餘命為 78.9 歲，高於男性的為 73.2 歲。男女之間的差距為 5.7 歲，與已開發國家的平均差距 7 歲及歐洲的 8 歲相比較，仍有相當差距。

（2）死亡原因以惡性腫瘤居第一位，惡性腫瘤中肺癌又居第二。我國自民國七十一年起，癌症即居十大死因之首位，近年來肺癌的死亡人數更有增加的趨勢。依據民國九十一年資料顯示：肺癌是十大癌症死亡之第二位，平均每 5 個癌症死亡者中便有一個因肺癌喪命，在肺癌發生的相關因子中吸菸是最主要的危險因子。根據行政院衛生署國民健康局「台灣地區九十一九一年國民健康促進知識、態度行為調查」資料報告，台灣地區 18 歲以上吸菸率為 27.9%，男性吸菸率為 50%，女性吸菸率為 5.8%。國內吸菸者約有 450 萬人，每年約有 17,500 人因吸菸而死亡，吸菸者平均壽命比未吸菸者少 22 歲。

自民國七十五年起肺癌亦佔上我國女性死亡的第一位，且九十一年死亡率為八十一年 1.7 倍，我國婦女肺癌死亡雖然比英國及美國女性少很多，但美國及英國婦女吸菸率比我們高的多；美國婦女吸菸率在八十二年為 22.5%、英國七十九至八十三年為 26%、我國九十年為 3.3%。為什麼我國婦女肺癌的死亡這麼高？應當好好研究檢討。

（3）民國九十一年女性肝癌標準化死亡率（以六十五年 WHO 標準人口結構調整）每十萬人中有 10.8 人，九十一年為 13.9 人。十年間增加 28%。與其他國家相比，只有日本（八十八年是 16 人）比我們高，新加坡、美國、加拿大、英國

等都只有零點幾到 1.8（新加坡）之間，作者解釋差異的原因是這些國家的資料僅指原發性肝癌。肝癌有 80%係由 B 型肝炎造成，所以預防肝癌應從 B 型肝炎防治著手。

（4）民國八十九年我國婦女子宮頸侵襲癌發生率為每十萬人中有 23.7 人。早期的流行病學經典研究曾顯示：猶太男性因為自小行割禮，婦女子宮頸癌的發生率遠低於其他族群。我國婦女子宮頸癌的高發生率與男性個人衛生、宿娼行為及人類乳突病毒（HPV）感染之間的關係應追蹤研究。另外，60%的骨盆腔感染及會造成不孕的後天輸卵管阻塞 90%由淋病引起，而我國對抗生素有抗藥性的淋病，民國 51 年僅佔所有淋病發生率的 3.6%，到民國 92 年達 33%。宿娼與淋病及愛滋病等的關係，未來應加以重視並預先防範。

我國子宮頸癌標準化死亡率標準化死亡率（以六十五年 WHO 標準人口結構調整）民國八十一年是 7.010.3，九十一年是 4.97.0；少於民國八十六年時英國的 9.4 及美國的 7.8，略高於加拿大的 6.9。表示近年篩檢及治療的結果還不錯。

（5）民國八十九年乳癌發病率為每十萬人中 42.65 人，八十一年標準化死亡率人數為每十萬人是 7.2，九十一年是 9.3，雖然比歐美女性少許多，但十年間幅度增加很大，也值得注意。

2. 死亡的性別分析

民國九十一年整體死亡率男性是女性的 1.6 倍；如果男女比例少於 1.6 者，即為女性較多發生的情形，因此值得注意。男女不同的排名也有其意義。

（1）腦血管意外（同樣排名第二），男為女的 1.3 倍，心臟病雖同排名第三，男性為女性的 1.4 倍；高血壓性疾病，男性為女性的 1.0 倍，女性排名第九，男性排名第十，男性為女性的 1.0 倍。也可見心血管疾病不再是男性專屬疾病，女性的問題更嚴重。傳統的疾病論述認為男性外出工作、生活緊張、壓力大，因而易患高血壓、中風、心血管疾病，如今女性外出工作增加，家事亦無法倖免，蠟燭兩頭燒的結果，女性的生活緊張及壓力更大。

（2）糖尿病男性排名第五，女性第四；女性排名高於男性，原因何在？不甚清楚。糖尿病需要長期小心自我照顧，傳統照顧者的女性為何及因何疏於照顧自己？值得研究探討。

（3）意外事故傷害男性排名第四，女性第五。男性為女性的 2.6 倍，意外事故災傷害，男性通常高於女性，與男性工作及從事的活動（如：飆車）有關，在我國車禍尤其明顯。

(4) 慢性肝病及肝硬化，男性為女性的 2.5 倍，男性排名第六、女性第八，可能與男性飲酒習慣有關。

(5) 腎炎、腎徵候群及腎變性病，男性為女性的 1.0 倍。女性排名第六、男性第八；女性比較多的原因與女性泌尿道感染間的關係，需要研究。

(6) 肺炎男性排名第七，女性第七；男性為女性的 1.7 倍，居男性第十二位的是支氣管炎、肺氣腫及氣喘，女性為第十一。男為女的 1.5 倍，雖然男多於女，但差異不大，這可能與吸菸有關，但空氣污染的影響可能更大。

(7) 結核病的死亡率男性高於女性很多，為 3.4 倍（男性每十萬人為 8.7，女性 2.5）。

(8) 自殺排名相同，但男性為女性的 2.2 倍；值得注意的是十年來的增長現象：民國八十一年男 8.73、女 4.50；九十一年男 18.44、女 8.54。

3.照顧需求

我國 65 歲以上，需長期照顧者女性較男性多 19.6%，老老年（80 歲以上）者中，需要長期照顧之女性人數較男性多 62.1%，其中失能重度以上需要照顧者則多 74.7%。

老年女性兼具年齡及性別的雙重弱勢，加以女性因家庭角色負擔及工作型態的關係，很少能得到退休補助。女性的平均壽命比較長，我國婚配年齡通常男長於女，女性最後的生命階段因此可能必須過獨身生活。女性在婚姻中一直擔任照顧角色，家務工作及照顧工作是沒有退休的。這樣的工作一直持續到老伴死亡，結果自己的晚年卻沒有人照顧，因此未來獨身老年女性的照顧，未來將會成為社會的重要課題。

4.疾病率

疾病發生率沒有完整資料，未來健保資料可能可以提供比較好的數據。依據行政院衛生署民國九十一年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查發現：15 歲以上男女之高血壓盛行率分別為 24.9% 及 18.2%，在 59 歲之前，男性高血壓盛行情況高於女性，而 60 歲之後，女性開始追上男性，呈現成長；高血糖盛行率為 8.2% 及 6.8%，在 60 歲之前，男性高血糖盛行情況高於女性，然到 60 至 69 歲時，女性已追上男性；高總膽固醇盛行率為 10.8% 及 10.9%，在 50 歲之前，

男性盛行情況高於女性，而 50 歲之後，則為女性高於男性，女性在過了更年期後，高總膽固醇盛行個案大量增加；高三酸甘油盛行率為 20.3% 及 11.3%，女性在 60 歲之後，盛行個案開始快速增加，在此之前，男性盛行狀況遠高於女性，由此可知，女性隨著年齡之增加，相關疾病盛行率有高於男性之趨勢。民國九十一年 15 歲以上女性國人具「憂鬱傾向」者為 6.7%，情況並不算嚴重，然而隨著社會環境的改變及憂鬱症論述的發展，可能會有大幅增加的趨勢。

（二）主觀指標

一般來說女性的平均壽命雖然比男性長，但慢性疾病較多，自述的健康情形較男性差，心理健康亦較男性為差；以民國八十三年國民健康調查的資料為例，女性自述健康的比例低於男性。女性每人的慢性病徵為 0.7 種，男性為 0.6 種。女性常常或一直自覺身體不舒服的百分比(9.1%)為男性(6.9%)的 1.3 倍。而近十年來各項有關心理健康的調查都顯示，焦慮、憂鬱、身心症等等心理疾病，都是女性較男性普遍。前台灣省家庭計畫研究所曾針對老人健康調查，其資料顯示，老年女人的行動不便程度，也高於男性老人，例如無法自己洗澡的比例，女性老人就較男性老人多了四成。綜合來說，男性容易罹患致命的病，這使得男性的平均壽命降低。女性的疾病較綿延纏身，也許不會立即致命，卻深切影響女性每一天的生活品質，這使得女性平均壽命較長，健康品質卻較差。

（三）正向指標

正向指標指的是保健及健康行為，如運動、健康檢查等。依據行政院衛生署「民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」九十一年度的資料國人女性 15 歲以上，自述「日常生活或工作為不耗體力的人，平常沒有運動的」佔 42.5%。平常有運動者，雖然有 34.1%每週會運動三次，但自述「沒有運動到喘」的佔 72.8%。可見運動仍然不是女性的「事」。

過去一年未曾做過健康檢查者有 64.9%，過去三年未做過健康檢查者佔 45.4%，不知道 40-64 歲成人有三年一次免費健檢服務者佔 42.9%，不知道 65 歲以上老人有每年一次免費預防健檢服務的有 34.6%、過去 6 個月有身體不適而未曾就醫的有 23.7%。

30 歲以上女性三年內曾做過子宮頸抹片檢查者佔 54%，可見政府大力推行的子宮頸抹片檢查，效果不錯。

參、政策內涵

一、制定具性別意識之健康政策，建立有性別意識的醫學倫理與醫學教育健康政策必須具性別意識，以婦女全面地健康及福祉為依據；在醫學教育中，應從通識

及在職教育必修課程中，加入具性別意識的性別課程及醫學倫理教育。

二、強化性教育，提昇女性身體及性自主權，避免性病及非自主之懷孕
以性別平等為基礎，從小教育正確的性觀念，以達到提昇女性身體及性自主權，
避免感染性傳染病及非自主之懷孕。

三、健康決策機制中應考量性別的平衡性決策過程或機制當中要有女性充分參與，
考量性別平衡性。

四、落實對婦女友善的醫療環境，並充分尊重女性的就醫權益及其自主性落實對
婦女友善、符合人性化之醫療環境，使女性在充分獲得健康資訊的情況下，接受
適當的醫療處置，以尊重女性之健康權益。

五、全民健康保險制度之決策及資源分配，應力求地區、階級、族群及性別的平
衡健康的決策過程或機制，應重視弱勢族群（如：原住民、身心障礙者、愛滋病
患、外籍與大陸配偶...等）之女性健康權益。

六、從事具性別意識的女性健康及疾病研究
具性別分析視角的女性健康指標及疾病研究，可提供具性別敏感度的實證資料，
彰顯符合女性之健康需求，並作為訂定施政優先順序、擬訂相關計畫及策略之參
據，合理分配女性健康資源。

七、檢視並改善女性健康過度醫療化的現象
醫生與病人間的關係不僅是專業關係，也是性別社會關係，亟需由體制上檢視並
改善女性健康過度醫療化的現象，並著手建立性別平等的健康及醫療決策機制。

八、肯定女性對促進及維護健康之貢獻，對家庭及職場的女性照顧者提供充分的
資源及報酬

女性的平均壽命比較長，而我國 65 歲以上，需長期照顧者女性較男性多 19.6%；
女性更以家人照顧者的身分，長年且終身無休的擔任第一線的健康工作，護衛著
家人的健康。由於老年女性兼具年齡及性別的雙重弱勢，家務工作及照顧工作是
沒有退休的，因此未來獨身老年女性的照顧，將會成為社會的重要課題。醫療機
構中的照顧者多為女性，鑑於女性在家庭及職場中一直擔任照顧角色，因此，
社會大眾應肯定女性對促進及維護健康之貢獻，並應予女性照顧者提供充分的資
源及報酬。一、健康部分

（一）推廣性別平等的家庭、工作及生活環境，提供女性安全健康的成長、生活
及工作機會。

(二) 教育及道德教育必須以性別平等為基礎，強化女性身體及性自主權，避免性病及非自主之懷孕。

(三) 以有利條件鼓勵生產，而非負面的緊縮避孕及墮胎政策應對出生率下降，替代人口不足問題。

(四) 健康政策必須具性別意識，並有女性充分參與制定

(五) 健康政策必須以婦女全面的健康及福祉為依歸

(六) 肯定婦女的照顧工作，對家人及職場的照顧者提供充分資源及應得報酬。

二、醫療及照顧部份

(一) 建立有性別意識的醫學倫理

(二) 醫學教育中加入性別課程

(三) 各式醫療委員會女性委員的比例不能低於二分之一

(四) 所有醫療行為應充分告知，並由女性決策。

(五) 醫療機構需提供對婦女有利且友善的環境

(六) 從事具性別意識的女性健康及疾病研究，包括肺癌、高血壓、糖尿病及腎臟病等

(七) 護機構設立品管及重視女性老人照顧

(八) 重視弱勢族群（原住民、智障、愛滋等）女性權益

參考資料：

饒志堅、賴秀玲、蔡惠華、王玉珍（2003.4）行政院主計處通及研究報告《我國婦女性別統計及婦女生活地位之國際比較研究》