



上圖來自 digitalart at
FreeDigitalPhotos.net。

性少數的健康照護： 權利與困境

文 | 黃志中 | 阮綜合醫院家庭醫學科主治醫師

國立高雄師範大學性別教育研究所博士班研究生

莊瑞君 | 高雄市教育局學生輔導諮商中心兼任諮商心理師

國立高雄師範大學性別教育研究所博士班研究生

圖 | 編輯部提供

一、前言

性少數在異性戀主義（heterosexism）的主流社會中，常遭受到壓迫與排擠而處於社會權力結構的邊緣，隨之而來的常常是性少數權利的被剝奪。醫療體系做為健康照護的主要社會機構，其體系運作與實務實作被認為是充斥著異性戀父權意識所建構與操演的脈絡。因此，雖然健康照護被認為是基本人權的一部分，性少數接受健康照護的權利在異性戀主義主導的父權機制中，其性別差異相關的醫療需求容易因非主流的位置而被忽略與排擠。尤有甚者，性少數在主流社會中的被壓迫經驗，使其在醫療現場的個人人身歷史的探問過程中倍感困窘。這些現實經驗均讓性少數在接受健康照護過程中，承受著許多不友善的性別威脅與漠視。

二、醫療照護的性別盲視及歧視

健康需求的產生不僅來自醫療體系

所認定的疾病（disease），更來自人們對於自身狀態的病痛（illness）感知。在性別經驗的社會建構歷程中，當個人經驗到自己的性別及其需求，同時也經驗到他者的性別及其需求。人與人的互動中與性別及認同相關的經驗，使得性別意識得以建構，也因經驗而改變。此等性別意識的建構，本質具有流動性。因而，許多昔日性別權力架構與操演顯然與今日有所差距，而今日當下視為應然之理，並非明日必然之事。性少數所呈現的性別多樣性與流動性，對於當今動輒強調標準作業流程以及醫療證據現代性的異性戀父權醫療體制，造成莫大的挑戰與衝擊。反之，也因為醫療體制的行徑，造成諸多性少數的傷害。多元性別中的跨性別裝扮，會使性少數在就醫時因為外貌與證件照片的差異，而當眾被醫療人員查證，甚至遭到「這是你／妳本人嗎？」「你／妳是男的還是女的？」「你／妳有變性嗎？」等帶著查證、質疑語氣的對待。

性別權利經過多年來的倡議，其議題在現今醫療體系中儼然被以一種政治正確來看待。醫療體系高舉「以病人為中心」、「生物、心理、社會照護模式」、「全人醫療」的旗幟，醫療人員知識性地學習到「性別」而將性別的健康議題理智化、機械化。基本上，醫療操演深受醫療人員所處社會脈絡的經驗以及醫事專業中男女生物二元分類思考的影響，並非知識性的學習所能涵化。性少數被主流社會歧視所產生的性汙名（sexual stigma），引發否定、貶抑性少數的不當言語行為，雖因為政治正確而少出現於公開的醫療處遇現場，卻會出現在醫療人員之間的正式與非正式對話中。關於同志伴侶親密關係暴力處遇的醫療團隊個案討論，常常會浮現的關切議題是「誰是1號？誰是0號？」，而非同志伴侶衝突的關係糾葛。照護感染愛滋病的男同志時，醫療人員私下討論可能是：「是幾號？」「沒有問，下次做肛診時，看看他的表情就知道。」顯然，醫病互動受到醫療人員個人更為深層的內在社會經驗影響。醫療人員普遍同性地提供照護，看似平等的醫療操演，強調每一個人都被平等對待，卻忽略每一個人的差異及相關需求，更未注重性別在人際互動中的流動現象，所呈現的「去性少數」，更是去性別與去脈絡的無性別態度，其根本則是再一次地以異性戀框架去檢視與排除非異性戀。

另一種醫療照護的盲視與歧視，出自對於性少數健康議題與需求的一知半解及武斷推論。女同志是否需要子宮頸抹片

檢查？如果與女同志有親密關係的是女性而非男性，那麼女同志不需要做子宮頸抹片檢查嗎？事實上，感染人類乳突病毒而導致子宮頸癌的途徑並非僅限於異性戀的性行為模式，皮膚摩擦、口交、手指插入陰道中或使用性玩具等性行為的方式亦是。因此，女同志性的性行為仍有可能感染人類乳突病毒。再者，部份女同志曾經與男性發生過性行為，或是曾有懷孕或墮胎的經驗，因此罹患子宮頸癌的機率不亞於異性戀女性。於是，在對於性少數的處境忽略或無知之下，輕率論斷其健康需求，無論輕率肯認或否定性少數的健康需求，都呈現出醫療體系對於性少數照護的盲視與歧視。

三、性少數在醫療歷程中的出櫃（coming out）與被掀櫃（lifted out）

在進行問診時，個人疾病史、生活史、家庭史均為醫療人員在進行醫療處遇時會探問的內容。這些內容對每一個人來說都具有隱私性，卻是醫療人員的常規醫療作業。性少數因健康需求就醫時，面對這些不同於主流社會的隱私資料，不僅要考量是否告知醫療人員自己所屬性傾向，更要擔心這些個人隱私的揭露程度是否會影響醫療評估。是否對醫療人員出櫃？出櫃之後的遭遇與處境是否能為醫療人員所尊重？向醫療人員揭露自己性傾向與否，是性少數就醫過程中的猶豫，甚至影響到性少數就醫的意願。此外，醫療人員的例行性個人資料探問及蒐集，其理所當

然的態度，會造成性少數回答的猶豫。醫療人員醫療權威式的診療以及不以為意的態度，對未有出櫃準備的性少數而言，無疑是被醫療人員掀開衣櫃。常見問話內容有：「結婚了沒有？」「什麼原因還沒有結婚？」或「有沒有孩子？」「先生／太太的年齡及工作？」等，直接地就以異性戀的親密關係型態作為疾病史探問的根據，無視多元性別的評估與診療需求，在醫療關係權力不平等的診療過程，展現出壓迫式的醫療操演。

因此，在醫療臨床上，受到「性污名」的影響下，性少數在醫療處遇過程中一旦出櫃或是被掀櫃之後，就可能面臨污名烙印的處境。男同志一旦出櫃，就容易被醫療人員直接與愛滋病做連結。女同志若是得了乳癌，則就會被連結到未結婚的影響。除了疾病的污名之外，一旦疾病的醫療過程與性行為相關時，出櫃的抉擇就會浮現。例如對於疑似性傳染疾病的診療過程中，就需要應醫療人員的探問回答性行為的對象，以及性行為模式及細節。此時，性少數若不出櫃，就會面臨影響醫療診斷，進而影響醫療處遇效果的困頓。對許多性少數而言，出櫃是需要經過多重考量的，尤其是就醫時若是由家人陪同，醫療人員直接的壓迫性探問，可能會使得性少數在被強迫的狀況下出櫃或被掀櫃。畢竟，當性少數尚未準備好讓家人知道時，這樣突兀的出櫃或是被掀櫃，往往會掀起相當大的家庭風波。因此，醫療人員未能謹慎考量就驟然直接要求提供個人的



圖片來自 hyena reality at FreeDigitalPhotos.net。

隱私資訊，會忽略病人的隱私與權益。而醫療人員對於病情及病史的探問，之所以會使性少數面對臨出櫃或被掀櫃的處境，其根本仍不脫異性戀主義下的權力操演，視異性戀為唯一疾病診療參考模式，而缺乏關照多元性別的診療開放架構，理所當然的把所有人框架在異性戀架構下。

同樣的「性污名」困境也會出現在性少數心理狀態污名化。性少數面對來自主流社會的歧視，不論是隱藏或是現身，都可能面對一定的壓力，然而，當同志尋求心理健康機構的協助時，心裡總難免會擔心，協助的專業人員如何看待自己，因為儘管不歧視同志已是政治正確，但隱含的微攻擊仍存在人際互動中，以隱晦的方式運作著。曾有案主提及因性騷擾事件導致睡眠困擾，但醫生卻在知道其性傾向之後，推敲其性騷擾事件是因為其性傾向為女同志，對男性排斥，才會過度敏感而覺得對方在騷擾自己，這樣不經意的推敲帶來的是案主對醫療的不信任與對自我的質疑。另一

方面，在心理健康的協助上仍以異性戀為常模，尚未有同志的常模，因此，同志的性傾向往往被設定為邊緣或偏態，例如男同志的多重伴侶關係或女同志情感濃烈，都會被負面解讀，因此若是遇到親密關係暴力的困境時，容易被輕忽或被預設為是同志感情的本質。

四、醫療處遇中備受挑戰的性少數伴侶關係

醫療處遇過程中，會因為患者的病情因素而需要有醫療治療權力代理人或見證人。依照民法的親屬規定，代理或見證人依照親疏有一定的排序。通常親等排序首要是異性戀姻親配偶，其次則按主要血親之親疏而定。因為民法的親屬規定是依照異性戀的觀點，無疑地排除了性少數伴侶參與代理或見證的權利。例如手術同意書的見證人簽署，在填寫的表格中並未有「伴侶」的選項，或是除了朋友之外的同居人身份可以勾選。顯然，表格設定是異性戀主義的思維，預設所有人都身處異性戀框架中。

此外，預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書的主要內容為：不施行心肺復甦術（指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為）以及不施行維生醫療（指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施）。而在簽署意願書

時，除當事人以外另有醫療委任代理人。而安寧緩和醫療條例的第七條亦規定：不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

- （一）應由二位醫師診斷確為末期病人。
- （二）應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。前項最近親屬之範圍如下：

- （一）配偶。
- （二）成年子女、孫子女。
- （三）父母。
- （四）兄弟姐妹。
- （五）祖父母。
- （六）曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- （七）一親等直系姻親。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原

施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

顯然，攸關生命治療最終決定的法律規定中，性少數的伴侶完全被屏除在外。更不用說，在醫療人員解釋病情過程中，對於解釋對象的選擇與決定，性少數的伴侶就曾因其法律身分不被認定，而被以個資法理為由，排除在解釋對象之外。

因此，醫療過程中，若遇到需要闡明陪伴者與就醫者之間的關係時，性少數伴侶就會因法律的異性戀主義規範而處於困境。況且，當伴侶陪同就醫時，醫療人員慣常以異性戀的思維詢問其關係，不想出櫃的性少數只能回應是朋友關係。然而這一聲「朋友」在法律上被排除與不被承認，在親密關係感情上更是令人唏噓，情何以堪，伴侶甚至沒有權利執行許多配偶才能做的決定。此醫療現場之情景，對於患者的身心照護也更為不利。

五、結語

一個人從出生到死亡，與醫療息息相關。然而對於性少數而言，一旦生病，

除了面對生理上的病痛之外，還要面對醫療處遇過程的壓迫、歧視、及自己內在掙扎。性少數在醫療處遇中面臨的困境，除了法律未能提供性少數伴侶保障，導致性少數在醫療處遇相關法律認定上沒有被認可的位置之外，所處情境脈絡，對於性少數社會價值觀也有重要的影響。唯有醫療人員透過理解多元性別之間的差異，反思異性戀者所擁有的特權對性少數的可能壓迫與忽視，才能同理性少數因為異性戀常模規範所衍生的問題之複雜性。醫療人員嘗試以同理心感同身受，並覺察自我的行為可能對性少數帶來的影響，才能提供給性少數細緻與貼心的醫療照護品質。未知與偏見往往會帶來恐懼，了解並改變對於性少數的價值觀，才能因更理解，讓性少數不再被特殊化、標籤化。



圖片來自 Sura Nualpradid
at FreeDigitalPhotos.net。