

觀看西班牙生產短片 For your own good

- 男女生命週期的醫療化
- 醫療的性別分工
- 醫學知識與性別規範
- 婦女健康運動

主題一：男女生命歷程的的醫療化

- 對象：
 - 偏差行為（同性戀、過動、酗酒、手淫）
 - 生命現象（性、懷孕、生產、月經、老化、死亡）

Top 20 non-diseases (voted on bmj.com by readers), in descending order of "non-diseaseness"

- 1. Ageing 2. Work 3. Boredom
- 4. Bags under eyes. 5. Ignorance
- 6. Baldness 7. Freckles 8. Big ears
- 9. Grey or white hair 10. Ugliness
- 11. Childbirth 12. Allergy to the 21st century
- 13. Jet lag 14. Unhappiness 15. Cellulite
- 16. Hangover 17. Anxiety about penis size/penis envy
- 18. Pregnancy 19. Road rage 20. Loneliness

發明疾病的人：現代醫療產業如何賣掉我們的健康

- 過程：界定、手段、處理權限、法令確認（月經、性功能障礙、過動為例）
- 行動者：醫師、藥廠、民眾、病患團體….
- 後果：
 - 忽略社會文化層面
 - 專業權力主導
 - 不必要的醫療傷害

For your own good 的啟發

性別友善的生產制度：不只是態度親切

- 醫療人力的性別分工
- 過度醫療化與病理化母體
- 什麼是「好科技」的定義
- 符合國際潮流的生產制度設計

生產作為生理現象、社會文化現象

- 生理現象：

「當子宮收縮的時候，下節子宮便逐漸延伸並變薄，子宮頸亦隨著擴張，於是產道逐漸形成，而胎兒也下降經過骨盆…」

- 社會文化現象：先進國家不同的生產照護模式、歧異的生產結果
- 助產士接生比
- 攸關醫療知識的生產：剖腹產率

台灣目前的生產困境

- 接生人：以婦產科醫師為主，人力配置難以進行持續性照護
- 生產地點：傾向大型機構化，科層組織的工作分配難以進行持續性照護。LDR 少，缺乏產院 (birthing center)
- 生產方式：非藥物減痛方式使用少、生產姿勢仍以產檯為主、會陰按摩少、VBAC 比例低，社會心理支持有限

以助產模式 減少生產的過度醫療化

- 「安全的母職」(Safe Motherhood) 與適當的科技 (Appropriate Technology) 為目前國際主流生育健康政策的重點：針對醫療資源較充裕的國家，醫療科技要能適當使用，而避免濫用。生產不是沒有危險性，醫療科技往往可以救命。但是誤信科技越多越好越保險，反而可能造成不必要的傷害。如何在助產時，強化母體自然分娩的能力，並適當地使用科技輔助，正是助產士主導接生模式的特點之一。
- 台灣現況：高剖腹產率、高會陰切開率
- 以助產士作為照護低風險婦女的主力，並採取助產士照護模式，有助於減少生產的過度醫療化

性別與醫療化的新議程

- 男性氣概與行為的醫療化--性別邏輯 Pk 資本主義邏輯
- 多樣化性別與醫療科技的關係

主題二：醫療的性別分工

Asclepius (“to cut open”)，阿波羅的兒子。從小習醫。

- 六個女兒: Hygieia (goddess of disease prevention and healing), Panacea (goddess of cure)

蛇仗的傳人? Hygieia!

Witch Hunt!!

百萬小學堂

- 蔡阿信是：
 1. 台灣第一位婦產科醫師
 2. 台灣第一位產婆

3. 台灣第一位女醫師
4. 台灣第一位搬上日本連續劇的人物

蔡阿信是……

- 1895 年生
- 大稻埕公學校
- 淡水女學校
- 日本聖瑪格麗特女學校
- 東京女子醫學校（同時進入有 127 人，畢業僅 78 人）
- 1921 返台，台北病院眼科
- 1926 在台中建立「清信醫院」（現今的自由、民族路口）

台灣醫師的性別隔離

- 台灣/美國/英國/瑞典 男性比例/女性比例
 - 複雜的歷史社會形塑過程
- 不只是人力資本
個人的角色與期望
是否參與勞動力市場
收入不平等
教育的質與量
職場的不平等
雇主偏好
求職、晉升的網絡

性別文化

- 性別文化指的是男女有別的价值、男主外女主內的規範
- 變動的性別比
- 2004 年台灣執業醫師性別與年齡分配

醫學生更多元，可是……

故事一：「醫病溝通的課，老師提到我們衣著整齊，一直強調要打領帶，可是……」
故事二：「病理課談到診斷肺結核感染，目前有不少是因為愛滋感染而造成的，卻不容易確認其是否為愛滋帶原者，老師半開玩笑說，總不能我們去檢查每個病人的肛門吧，全班同學跟著哈哈大笑，可是……」
故事三：「實習課時，學長說，護士不管是 N3、N4 還是 N20，永遠都不是 R。可是……」

面對性別認同更多元的新世代學生

- 成長於男性主導文化的醫學系老師 VS. 性別多元的新世代學生（女學生、同志學生、另類男性氣概的學生）
- 揚棄 I-Methodology

荷蘭生產紀錄片 An Inspired Beginning 充滿希望的開始

台灣的助產士為什麼會式微？

常見的解釋觀點

- 助產士的衰落似乎是科學知識累進、社會發展所不可避免的趨勢
- 「我國因經濟快速發展，國民生活及知識水準相對提升，目前絕大多數之產婦，已習慣於分娩前後接受婦產科專科醫療院所接受整體性的專業服務。」(1996年衛生署公文)

醫療社會學的解釋模型

- * 四個行動者：國家、醫師、助產士、消費者
- * 三個面向：生產照護的福利體系、專業界線、消費者組織動員程度

性別研究的關懷

- 助產照護是由女性主導的職業來服務女性，因此助產照護的發展反映了一個社會對女性的文化觀點：
 - 是否讓女性擔任專業自主的接生人
 - 是否讓女性享有助產模式的生產照護(對於母職的重視，要轉為制度性的改革)
- 國家主導教育證照制度→新式產婆作為主要接生人
 - * 以現代醫學訓練的新式產婆，作為合乎衛生的接生人，降低新生兒死亡率，作為科學殖民的手段
 - * 醫師為師、新式產婆獨當一面作業
 - * 婦女仍肯定傳統產婆技術、逐步採用新式產婆、特定難產才可能使用產科醫師

性別關係：

- 新式產婆以其生理性別 (sex) 成為免受性 (sexuality) 道德爭議的接生人，受到國家與社會的認可
- 從訓練過程或實際業務來看，助產士獨立作業，獨當一面，都非傳統女性特質 (gender)
- 國家：教育體制與保險體制對助產士與產科醫師的差別待遇
- 專業界線的劃分
 - * 修改醫師法、逐步區辨醫師-助產士關係
 - * 對技術與工具使用的規範：家庭計畫、產科技術、人工流產
 - * 四散的助產士、薄弱的組織能力

性別關係：

- 隨著生產的醫療化，甚至男性的陽剛氣質--有魄力與有體力--成為好接生人的重要特質，反倒更強化了男性作為主要接生人的優勢

- 婦女健康運動的缺席
- 主要（新興）行動者：助產士、消費者 重新倡導助產模式
- （再）專業化機制：
 - * 保險、證照、教育體制的爭取
 - * 正常/異常的規範—台灣的高剖腹產率、過度醫療化，成為反撲的著力點

建立性別友善的生產制度：不只是態度親切

- 生產照護的性別分工
- 過度醫療化與病理化母體
- 「好技術」與「適當科技」的定義

女性助產/護理人員的處境

- 工作是否享有充分的自主權
- 與男性醫師上下分工？
- 獨有的技術能力？重視陪產與身心健康的照護能力？

主題三：醫學知識與性別規範

- 揭露醫學知識的性別偏見：反映、強化或鬆動性別規範
- 案例：同性戀、精卵結合、陰陽嬰兒的處理→ 性別規範形塑醫學知識生產與臨床措施
- 重要性：科學知識作為最高理性
 - VS 科學作為性別文化
 - VS 科學設計的性別盲

經典案例：

- 卵子與精子：

科學如何建構了一部以男女刻板性別角色為本的羅曼史 by Emily Martin

傳統解釋時的精卵對比

科學家過去推測，精子同時以機械和化學的方法來破壞卵子外層

對比一

- 分崩離析來月經
- 偉大的精子製造過程

在 Vernon Mountcastle 編的《醫學生理學》一書中，對於男性/ 女性，多產的/ 破壞的這種比較更是顯而易見：「相較於女人每個月只排掉一個卵子，輸精管每天都要生產好幾億個精子。」

對比二

- 浪費的排卵過程

- 精子旺盛的生產力

一本暢銷教科書中名為〈細胞的分子生物學〉的章節中告訴我們：「卵子生成是一個浪費的

過程。」「至於為什麼製造這麼多卵子卻只是讓這些卵在卵巢中死去，仍是一個謎。」

Bruce Alberts et al., *Molecular Biology of the Cell* (New York: Garland, 1983), 795.

(這有中文譯本，《細胞分子生物學》(楊冠政譯)，1989年，台北：東華。)

真正的謎應該是為什麼男性大量製造精子的行為不被視為浪費。假設每人有兩三個子嗣，那麼女人每繁衍一個寶寶差不多只浪費了200個卵，但男人每繁衍一個寶寶卻需要浪費掉一兆個上的精子。

對比三

- 龐大被動的卵子
- 活力十足的精子

卵常被視為龐大被動的。卵不會移動或遊走，只能被動地等著「被運送」、「被掃過」，甚至沿著輸卵管「盲目的漂流」。

精子是小巧的、「流線的」、總是活力十足的。精子「輸出」基因給卵子，「活化了卵細胞的反應」，其「速度」總是被提及。他們的尾巴「強健」，精實有力。伴隨著射精的衝力，精子可以「驅策精液到達陰道的最深處。」這些動作都需要「能量」或是「燃料」，因此藉著「鞭狀運動跟英勇的潛行」，他們可以「攀附上卵子的外衣掘洞」進而「穿透」卵。

對比四

- 被動待解救的卵子
- 有任務在身的拯救者精子

「卵子一旦從卵巢中被釋放出來，在數小時內若得不到精子的解救便會死亡。」

出自 Bruce Alberts et al 的《細胞分子生物學》

這樣的措辭強調了卵子的脆弱及依賴，即便在書中其他地方其實也提到精子同樣只能活幾個小時而已。

新發現

精子最強的移動傾向，是將自己移離卵子，這移離的力大概十倍於穿透的力。因此，精子必然是非常有效率地在逃離所接觸到的細胞表面，而卵子的表面必然是設計來誘捕精子並防止他們逃脫。精子和卵子之所以會結合在一起是因為彼此表面上的黏著分子：卵子捕捉住精子，將之緊緊捉牢，一步步地使其頭平貼於卵子表面。

新發現舊圖像：精子形象仍主動

對比一

- 卵子外層的分⼦ ZP3 為「精子接受器」
- 精子上的分⼦為卵子連結蛋白質(精子上的分⼦應被稱為接受器)

對比二

- 卵子外層的分⼦為鎖
- 精子上的分⼦為鑰匙(其實是相反的圖像)

精子為個體 卵為部份

任何主動的角色歸因到卵子的各個部分，而非卵子本身
主動的卵的圖像

- 卵子最終成為女性侵略者，會利用黏滯的外表來「捕捉、束縛」精子
- 卵子的細胞核以「突然且快速」的快跑來「干擾」精子的躍入，因此她「緊抓住精子並將其導入細胞核的中心。」
- 「表面覆蓋了數以千計稱之為微絨毛的漿膜突出物」伸出來抓住精子

社會→對自然的描述→社會

男主動／女被動，男拯救／女待救的古老刻版印象，寫入了細胞的層次

- 出路一：挖掘科學文本中的文化所在
- 出路二：換種說法看看例如以神經機械模型

(比如說本來女性的生殖系統不是被苛責在生產後不製造卵子，就是終其⽣製造(因而浪費)太多卵子，現在透過這個模型女性的生殖系統可被視為在回應環境(懷孕或停經)、對每月變化的調整(月經)、彈性⼦由青春⽣之後的生育⽣改變至往後⽣命階段的非生育⽣)

經典案例：林宜平的「女人與水」

- RCA 的流行病學調查
- 主要計算浴室裡吸入的含氯揮發性有機物濃度(口鼻吸入)，並加上 20 分鐘的皮膚接觸劑量(直接接觸)。
- 低估「煮水、烹飪、洗碗、如廁」的室內空氣暴露途徑
- 如何改寫結論？

奇蹟背後

- 下游男性肝細胞癌的病因勝算比較上游為高，但女性則無差異
- 只取樣「在污染地區死亡」的居民，忽略嫁出去的女兒
- 如何改變取樣？
- 剔除「任職不滿三個月的員工」(為何剔除？因為暴露時間較短？但 RCA 罹癌女性中，有 42%未滿三個月)
- 實習三個月離職，主要是 14-18 歲的建教合作員工
- 「從初經至第一次懷孕的有機溶劑暴露，是乳癌發生的重要危險因子」
- 如何改進？(其實有資料，可以分析)

“性別醫學” gender medicine

- 研究性別的生物及生理差異如何影響疾病的表現
- 女人有月經週期及懷孕的因素，使得臨床研究的變數不易掌握而且昂貴。
- 臨床研究大多以男人身體為主，並將結果應用在治療所有性別之上而忽略症狀與治療的性別差異。

臨床試驗研究的改革

- NIH guideline：自 1993 年起，要求獲補助的臨床試驗研究納入女性與少數族裔，除非有特殊情境
- 為什麼過去沒有納入？納入是否就解決一切問題？

以心肌梗塞為例

- 以心肌梗塞為例，小於 50 歲的女人罹患心肌梗塞的死亡率比同年齡層的男人多出 24%，因為心肌梗塞的主要症狀傳統上被描繪為胸痛、左臂轉移痛、上腹痛，但這些症狀主要屬於男人，而女人的症狀並非如此，新的研究顯示女人的心肌梗塞 58% 有喘不過氣，55% 虛弱，43% 有不尋常的疲倦，39% 有冷汗，39% 覺得暈眩，由於這些差異使得男人比女人在急診時有較高接受檢查及治療的比例。

生物醫學知識本身的性別盲

- 過去由於研究困難，如懷孕、經期中激素的改變等原因，生物醫學研究包括人類/臨床研究主要只在雄性進行。(公老鼠)
- 1998 美國規定：研究都要包括男、女性的數據才算是完整的研究，不能因為女性比較難研究所以就不研究
- 但事實上到目前為止，很多的數據還是來自男性為主。(長庚醫學院副院長樓迎統)

批判取向

- 利益模型 (interest model)：權勢階級會影響知識的生產
- 女性主義的貢獻：社會科學研究強調女性經驗的缺席 (例如，調查對象、概念的操作化、議題設定等，以男性經驗為主)
- 知識的生產過程
- 知識傳播的社會角力
- 多元的知識存在
 - * Our Bodies Ourselves
 - * 台大女研社「潘朵拉的盒子」

主題四：婦女健康運動

- 1960 年代歐美婦運主題：主張身體自主權 (墮胎合法、生育自主)；反專業權威；建立自助手冊與診所；建立友善婦女的健康照護資源；醫學教育改革
- 1990 年代台灣婦運 + 學術論述

行政院婦權會的婦女政策綱領（2004）--婦女健康與醫療

- （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。
- （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。
- （三）健康決策機制中應考量性別的平衡性。
- （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。
- （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。
- （六）從事具性別意識的女性健康及疾病研究。
- （七）檢視並改善女性健康過度醫療化的現象。
- （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。