

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

女男同志健康照顧體系的使用經驗 (GM01)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：NSC 101-2629-H-031-001-
執行期間：101年08月01日至103年01月31日
執行單位：東吳大學社會工作學系(所)

計畫主持人：鍾道詮

報告附件：出席國際會議研究心得報告及發表論文

處理方式：

1. 公開資訊：本計畫可公開查詢
2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否
3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考：否

中華民國 103 年 04 月 30 日

中文摘要：為填補國內對同志健康議題的不熟悉與漠不關心，研究者進行此份研究，以了解男同志在健康照顧體系中的經驗；並探看哪些相關因素影響男同志健康照顧體系的使用。研究者共訪談了 17 位男同志（其中一位具有雙性戀認同）。訪談時，其年齡分布為 21-72 歲（平均年齡為 32.3 歲）。這 17 位研究參與者所擁有的最高學歷多為大專以上，共 13 位；有高中職以下學歷的有四位。在北部地區的研究參與者共 12 位，中部 3 位，南部有 2 位。

參與研究的 17 位男同志對健康照顧體系的認識與了解均是從診所或醫院開始，原先對健康的想像則多侷限於生理或身體上的健康，而健康照顧體系的功能則被認為以處理身體的不舒服與治療疾病為主。不少研究參與者曾開過刀(N=12)或住過院(N=11)（當然，每個人都曾有至醫院或診所看病的經驗）；亦即，對他們而言，使用健康照顧體系並不是不熟悉的經驗。但縱使如此，他們卻仍很少因為同志生命歷程中常見事件（例如認同、現身、被暴力對待）等，使用健康照顧體系。

社會對同志的不友善，使研究參與者在面對或接受同志身分的歷程中，常需要健康照顧體系的介入與服務提供；這種不友善但同時反過來阻礙這群需要服務介入的研究參與者主動前往健康照顧體系的可能。社會對同志的不友善亦從同志的人際生活層面（包括家庭與學校）對同志帶來不同程度影響。

大部分研究參與者在面臨這些不友善情境，仍沒有主動前往健康照顧體系尋求服務。原因除包含前述對健康照顧體系可能的不友善的擔慮外，亦因為他們對健康照顧體系不熟悉、以及未曾聯想到相關事件與健康照顧體系有關。

簡而言之，男同志使用健康照顧體系的經驗是個複雜的過程，受到不同因素交互作用的影響，呈現出紛雜且多樣化的面貌。

中文關鍵詞：男同志、健康照顧體系、使用經驗

英文摘要：

英文關鍵詞：

行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告

男同志健康照顧體系的使用經驗 (GM01)
An Investigation of Gay Men's Experiences in
Health Care Institutions

計劃類別：個別型計劃

計劃編號：101-2629-H-031-001-

執行期間：101年08月01日至103年01月31日

計畫 主持人：鍾道詮 助理教授

計劃參與人員：郭俊廷 兼任研究助理

處理方式：可立即對外提供參考

執行單位：東吳大學社會工作學系

中華民國一百零三年四月三十日

中文摘要

為填補國內對同志健康議題的不熟悉與漠不關心，研究者進行此份研究，以了解男同志在健康照顧體系中的經驗；並探看哪些相關因素影響男同志健康照顧體系的使用。研究者共訪談了 17 位男同志（其中一位具有雙性戀認同）。訪談時，其年齡分布為 21-72 歲（平均年齡為 32.3 歲）。這 17 位研究參與者所擁有的最高學歷多為大專以上，共 13 位；有高中職以下學歷的有四位。在北部地區的研究參與者共 12 位，中部 3 位，南部有 2 位。

參與研究的 17 位男同志對健康照顧體系的認識與了解均是從診所或醫院開始，原先對健康的想像則多侷限於生理或身體上的健康，而健康照顧體系的功能則被認為以處理身體的不舒服與治療疾病為主。不少研究參與者曾開過刀(N=12)或住過院(N=11)（當然，每個人都曾有至醫院或診所看病的經驗）；亦即，對他們而言，使用健康照顧體系並不是不熟悉的經驗。但縱使如此，他們卻仍很少因為同志生命歷程中常見事件（例如認同、現身、被暴力對待）等，使用健康照顧體系。

社會對同志的不友善，使研究參與者在面對或接受同志身分的歷程中，常需要健康照顧體系的介入與服務提供；這種不友善但同時反過來阻礙這群需要服務介入的研究參與者主動前往健康照顧體系的可能。社會對同志的不友善亦從同志的人際生活層面（包括家庭與學校）對同志帶來不同程度影響。

大部分研究參與者在面臨這些不友善情境，仍沒有主動前往健康照顧體系尋求服務。原因除包含前述對健康照顧體系可能的不友善的擔慮外，亦因為他們對健康照顧體系不熟悉、以及未曾聯想到相關事件與健康照顧體系有關。

簡而言之，男同志使用健康照顧體系的經驗是個複雜的過程，受到不同因素交互作用的影響，呈現出紛雜且多樣化的面貌。

關鍵字：男同志、健康照顧體系、使用經驗

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 台灣的現況	3
第三節 研究重要性	4
第四節 研究目的與研究問題	5
第二章 文獻回顧	6
第一節 不友善的健康照顧體系	6
第二節 同志的健康需求	10
第三章 研究設計	14
第一節 質性研究方法	14
第二節 取樣	14
第三節 資料蒐集	15
第四節 資料分析	16
第五節 研究者本身角色與立場說明	17
第六節 研究信效度的控制	17
第七節 研究倫理	18
第四章 研究發現	19
第一節 研究參與者的基本資料	19
第二節 男同志使用健康照顧體系前的生命經驗	23
第五章 結論	32
參考書目	33
附錄	
附錄一：徵募受訪者的廣告	39
附錄二：協助整理訪談大綱的專家基本資料	41
附錄三：訪談大綱	42
附錄四：訪談同意書	46
附錄五：受訪者基本資料表	48

第一章 緒論

歐美學界對男同志 (gay) 在健康照顧體系 (health care system) 中的經驗已有部分研究成果，但台灣至今關於男同志在健康照顧體系中的經驗仍缺乏清楚了解。這情況讓筆者興起探討在台灣的男同志在健康照顧體系中的經驗。本章將簡要說明此研究背景與緣起、研究目的與預期重要性。因為跨性別者在健康照顧體系中的經驗有其特殊處，在時間與精力有限狀況下，此次研究暫且不處理此議題，而只聚焦在男同志健康照顧體系的使用經驗此面向。

第一節 研究背景

雖性傾向不同的人其生理構造看似並無差異，關注男同志健康似乎沒有必要(Auerbach, 2008)。但健康不單只是生理現象，健康概念亦受社會文化因素影響；不同社群特有的生活習慣、各地區健康照顧體系發展狀況、人們所處的自然與人文環境都會深切影響健康狀況(Mail & Safford, 2003)。歧視同志的社會環境與結構，多少亦使社會大眾（包括健康照顧人員）對同志抱持不友善態度與看法，進而從不同面向影響同志身心健康(McLaughlin, Hatzenbuehler, & Keyes, 2010)。

健康照顧體系及相關知識曾被視為中立客觀的存在(林文源, 2008)：科學家針對人體進行資料蒐集、檢測人體在不同狀況下的變化；並比較人體健康、受傷、生病與死亡時的不同與差異。健康照顧人員依循這些從人類身體中獲得的資訊，針對病人主訴與抱怨，提供相對應治療、處置或手術，以消滅、改善或治癒病人不健康的身體(Scarce, 1999)。但隨著對疾病的瞭解越來越多，一些學者開始察覺與注意到：個體差異（年齡、性別、種族、個人或家庭收入等）、各地社會結構與制度的不同（福利與保險制度、健康照顧系統、社會規範等）、健康照顧體系發展狀況（先進、成熟或落後），好似也會與身體健康狀況、健康照顧體系接近與使用等息息相關(Ramirez-Valles, Kuhns, Campbell, & Diaz, 2010)。例如：為何女性比男性長壽？已開發國家人民平均年齡大於開發中國家人民平均年齡？有錢、有私人健康保險的人使用健康照顧體系資源的機會遠多於收入較低或沒有私人健康保險的人呢(Bartley, 2009)？如何改善制度的友善與健全、降低個人差異造成的健康照顧體系使用情形的不同，漸成為提升人們健

康的考量(Pierce & Bozalek, 2009; Tucker, Foushee, & Simpson, 2009)。病人接近健康照顧體系時的障礙、使用健康照顧體系的經驗、與健康照顧人員接觸的感受等，亦成為探查個人健康議題時得要有的切入面向(Wilton, 2000)。

同性（相）戀事蹟本不斷出現在人類生活與歷史中(劉達臨 & 魯龍光, 2005)。西元 1869 年，Dr. Kertbeny 參考德國反常性交法(German sodomy laws)，創造 homosexuality（同性戀）這專有醫學名詞(Herzer, 1985)。從此，同性相戀由個人行為轉變成需被治療的「心理缺陷」(Cruikshank, 1992)。健康照顧體系與學術界開始針對「同性戀者的定義與成因」及「治療同性戀者的方法」等議題，提出各自看法(Boehmer, 2002)。但相較眾多討論集中於同性戀者定義與成因，卻沒學者討論異性戀者的定義與成因。這現象明顯反應出同性戀者曾被健康照顧體系視為病態或偏差的現象。

西元 1973 年，美國精神醫學學會(American Psychiatric Association)將同性戀從精神疾病診斷手冊(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)中除名（這意味，同性戀至此不再是精神疾病）(Messinger, 2006a)。縱使如此，至如今仍有不少人抱持「同性戀者為心理不正常的一群人」的觀念(Röndahl, 2009)。這現象反應過往社會結構力量強勢影響人們對事物的觀看角度。

由於同志長期以來被視為心理疾病或行為偏差，健康照顧體系多傾向矯正同志、而非關注同志健康或其處境(Hunter, Shannon, Knox, & Martin, 1998)；這般對同志不友善的健康照顧體系及外在社會環境也影響同志健康及相關健康照顧體系使用狀況(Heck, Sell, & Gorin, 2006)。社會對同志的歧視與偏見使得提供給同志社群的健康資源相對不足(Culley, 2010)；在歧視影響下，健康照顧體系反而對同志形成結構性暴力、並帶來心理傷害，影響同志的心理與生理健康狀況(Messinger, 2006b)。

隨愛滋病開始在歐美男同志社群中蔓延，西元 1980 年代以降，「愛滋病是男同性戀者天譴」的概念逐漸被形塑(Lupton, 1995)。如何降低男同志社群愛滋病毒感染率則漸變為部分健康照顧人員工作時的關鍵議題(Shankle, 2006)。但也由於愛滋的出現，一些健康照顧人員反而更有藉口（擔慮感染愛滋病毒）拒絕提供服務給同志社群(Segovia-Tadehara, 2001)。

當愛滋健康照顧科技與知識有相當大的進展後，愛滋對同志社群健康的影響逐漸降低，

歐美同志運動與學術圈開始關注以往未受健康照顧體系著墨的不同面向的同志健康議題，包括同志心理與生理健康議題（mental and physical health）(Ryan & Gruskin, 2006)，並留意健康照顧體系是否抱持友善態度面對同志社群(Gay & Lesbian Medical Association, GLMA, 2002)。

第二節 台灣的現況

雖在國際同志社群中，台灣擁有相當好的名聲；但臺灣（包括健康照顧人員）對同志在健康照顧體系中的經驗或同志健康相關議題仍欠缺適度了解。

臺灣明確提及「性傾向」或「同志」的保護性法條，共有《性別平等教育法》、《就業服務法》與《性別工作平等法》，以保障學生與受雇者不會因為性別或性傾向之不同，在教育與就業議題上受到差別待遇。但除就學與就業外，同志其他面向生活，例如在健康照顧體系的經驗，卻在缺乏相關法令狀況下，仍未受到明確保障。

在臺灣，第一個受到高度關注的同志健康議題亦是愛滋。西元 1980 年代初期的臺灣，如同歐美國家一般，曾視愛滋病為男同性戀者專屬疾病。除愛滋議題外，臺灣（包括健康照顧人員）仍不了解其他的同志健康相關議題；甚至也無法接受身邊的同志同事或具同志身分的病人(游美惠, 2010)。健康照顧人員對同志社群健康議題的陌生或不了解除肇因於社會對同志社群的排斥，亦來自現今健康照顧人員養成教育過程仍多以異性戀思維為主，不僅看不見同志，甚至還可能是反同志(Puddester, 2008)。這情況使健康照顧人員傾向對同志社群抱持刻板印象或偏見，並可能以不友善語言、表情或方式對待同志；進而迫使同志或其他性少數社群面對健康照顧體系時，常得處理歧視、結構性障礙、不友善的健康照顧人員等事，間接降低使用健康照顧體系或資源的機會(Harvey, 2006)。反之，假如健康照顧體系對同志友善，那麼健康照顧人員應當常被同志請教相關議題；在求學與養成教育過程中，也應不時聽過同志相關議題的討論或傳授，當然也不難見到同志同學或同事的現身。檢視這些指標，我們可體會到，現今健康照顧體系及相關養成教育體系仍未友善地對待同志。

健康照顧人員須開始正視同志健康議題，也因為同志社群確實存在、也有其特有健康需求與問題得獲得解決(Snyder, 2011)。然而健康照顧人員準備好面對同志了嗎？例如：如果今天有人非常享受肛門性愉悅，當他想瞭解直腸衛生與清理的疑惑時，健康照顧人員準備好跟

他談論了嗎？當健康照顧體系對同志友善時，內部的健康照顧人員在面對這些問題時，應該不至於驚慌失措，也應該知道如何談論這些議題。

隨臺灣同志運動開展，同志健康需求漸成為同志社群關注領域，例如台北市女性權益促進會及台灣同志諮詢熱線協會分別在 2006 年與 2011 年，調查女同志的健康需求與就醫經驗。台北市女性權益促進會並於 2007 年出版《女同志健康手冊》一書，讓健康照顧人員能懂女同志社群的健康需求，不會因無知或誤解，導致醫病之間溝通不良、偏見或歧視等行為(朱武智, 2007)。

然而，直至目前為止，臺灣卻沒針對男同志在健康照顧體系中的經驗或相關健康議題進行了解；雖有幾份奠基於愛滋防治立場的研究，調查臺灣男同志的性行為，以試著降低無套肛交頻率(柯乃熒, 鍾信心, 章順仁, & 葛應欽, 1996; 徐淑婷, 柯乃熒, 薛克利, 葉明莉, & 文榮光, 2000; 莊徵華, 1994)。但這些研究卻忽略性行為只是性健康一環，並沒有從男同志的整體健康角度思考相關問題。簡而言之，台灣至今關於男同志健康處境仍缺乏清楚了解，這情況讓研究者興起探討男同志在健康照顧體系中的經驗。

第三節 研究重要性

由於，臺灣目前為止沒有針對男同志使用健康照顧體系的經驗從事較為深入的探討，臺灣（包括健康照顧人員）對同志健康相關議題仍欠缺適度了解。在這種狀況下，臺灣健康照顧體系與人員可能無法提供適當健康照顧服務給男同志；同志運動也只能運用過往歐美文獻，來倡導與宣揚同志健康議題該受到重視。此外，臺灣健康照顧體系是否以友善態度面對同志社群也無法獲得檢視。

綜合上述，本研究嘗試瞭解臺灣男同志在健康照顧體系內的經驗（進而檢驗健康照顧體系是否對同志社群抱持友善態度）、並探看相關可能因素如何影響男同志使用健康照顧體系。以在健康照顧實務層面，能讓健康照顧人員知道該以怎樣合適方式對待同志，並能針對同志社群特有健康需求與問題提供妥當服務；在同志運動層面，則提供更多實證資料，來倡導與宣揚同志健康議題該受到重視；在政策層面，以能提供有關單位制定健康政策或從事健康宣導時，能注意或加入同志元素，以照顧到同志健康、並進而提升同志身心的健康；最後，則

在學術層面，能提升對同志健康議題的了解，並增加本土知識。

第四節 研究目的與研究問題

為填補國內對同志健康議題的不熟悉與漠不關心，研究者因而想進行此份研究，以能了解男同志在健康照顧體系中的經驗；並探看相關哪些因素影響男同志健康照顧體系的使用。具體之研究目的如下：

一、了解男同志在健康照顧體系中的經驗，包括他們在健康照顧體系中需面對的壓力或歧視、在健康照顧體系中可運用的資源或幫助、及在面對健康照顧人員選擇現身或隱藏時的主要考量等

二、了解男同志眼中的健康需求

三、了解男同志不使用健康照顧體系處理相關健康需求的因由

主要的研究問題有三點：

一、男同志自認有哪些健康需求？

二、男同志（決定）使用健康照顧體系處理相關健康需求時，有哪些考量？

三、男同志使用健康照顧體系時，有怎樣的經驗？

第二章 文獻回顧

此部分將分別介紹對同志不友善的健康照顧體系、及同志的健康需求兩面向的文獻。

第一節 不友善的健康照顧體系

文獻對同志使用健康照顧體系的探討多集中於說明何謂對同志不友善的健康照顧體系，畢竟對同志不友善的外在環境會深深影響同志健康及健康照顧體系使用情形(Heck et al., 2006)。一般而言，不友善的健康照顧體系會從「結構性的障礙、健康照顧人員不友善的回應」兩面向影響同志使用健康照顧體系的意願。

一、結構性的障礙

異性戀霸權(heterosexism)（尊異性戀，並拒絕、詆毀、或刻板化其他性向的意識型態）(Blumenfeld & Raymond, 2000)、異性戀正統思維(heteronormativity)（視異性戀為唯一正常的情慾取向的思維模式）(Fell, Matiske, & Riggs, 2008)、及恐同情結(homophobia)（個人對同志或同志特徵非理性的懼怕與排斥）(Ellis, 2008)，在制度與文化層面，建構出對同志不友善的外在環境（包括健康照顧體系）。因而讓同志在使用健康照顧體系常遇到具障礙性的結構衍發出的「現有資源的不友善、友善資源的缺乏」兩類問題：

（一）現有資源的不友善

在現有資源不友善狀況下，同志社群常需面對「同志身分不被承認、是否現身及難以呈現真實生活情境」的兩難局面：

1.同志身分不被承認的困境

由於在一些國家（包括臺灣），同志伴侶未被視為合法，因此同志伴侶無法在健康照顧體系內部為彼此健康照顧議題下決定（例如，無法為伴侶簽署手術同意書、無法決定是否該讓伴侶停止急救、無法光明正大陪同伴侶進入健康照顧體系）(Hernandez & Fultz, 2006)；同志伴侶雙方可能無法成為彼此保險受益人（又尤其當強調受益人得為法定繼承人時）(Badgett, 2003)。對單身同志而言，其身旁好友也會因這種意識型態，而無法參與相關健康照顧體系議題的決定過程(趙彥寧, 2005)。

在一個不承認同志存在的體系（包括健康照顧體系）中，則會讓同志（無論她是否對健康照顧人員現身）在此體系中感受到不自在與不舒服，進而無法公開自在地討論與處理相關健康議題(Saulnier, 2002)。

2. 是否現身的兩難

同志在進入健康照顧體系前後，多會考量是否得將同志身分讓健康照護人員知悉，以求能獲得適當健康照顧服務(Saulnier, 2002)。但當同志不確定健康照顧體系對同志的接納程度前，同志多會決定隱匿自身身分，以確保自己不會因自身身分或曾有的行為，受到健康照護人員的不友善對待或拒絕；或身分不會被不相干他人知悉（隱私權可受保障）(Pennant, Bayliss, & Meads, 2009)。但這決定會引發同志在健康照顧體系中「難以呈現真實生活情境的尷尬」。

3. 難以呈現真實生活情境的尷尬

在異性戀正統思維下，沒有異性伴侶的人，常被健康照顧人員視為單身、甚至被視為沒有性生活(Pennant et al., 2009)。在這種自以為是的預設下，健康照護人員也易輕忽探詢沒有異性伴侶的人的性生活經驗或性健康資訊需求等議題(Harvey, 2006)。然而這種思維卻讓同志進入難以呈現真實生活情境的尷尬：一方面，為保障自身隱私或安全，同志不願承認自身同志身分(Robertson, 1998)；但同志也因未曾在健康照顧人員面前呈現自身真實生活，而缺乏獲得適當服務的可能機會(Saulnier, 1999)。

異性戀正統思維其實也影響到部分健康照顧人員的服務品質：因縱使當她們察覺服務對象可能是非異性戀者時，但在「探詢他人性傾向」可能是種「冒犯與不敬」的社會氛圍下，她們無法（或不知如何）恰當地與服務對象開啟此話題，而無法提供適當服務給服務對象(Hinchliff, Gott, & Galena, 2005)。

（二）友善資源的缺乏

現有健康照顧體系對同志社群的不友善更加突顯出對同志友善的健康照顧體系的缺乏與相關體系存在的重要性。雖隨著同志運動興起，不少同志組織紛紛成立，提供適當服務，以試著填補現有服務欠缺的狀況。然而現有同志友善組織所提供的服務卻仍有「不夠完整、地域性有所侷限」的限制。

雖相關組織與服務方案已在發展，但部分領域仍未有同志友善的健康照顧服務，又尤其

當某些健康照顧議題具有連續性時。只要其中一個環節的健康照顧人員對同志不友善，仍會讓使用此些服務的同志得面對高度的不確定性與焦慮(Pennant et al., 2009)。例如：一對女同志伴侶也許好不容易在友善婦產科醫師協助下，讓其中一方進行人工生殖，順利懷孕與生育；但生產過程中與後，她們仍得面對不同領域健康照顧人員，包括護理師、營養師、助產士、小兒科醫師（新生兒健檢與照顧）、牙科醫師（檢查嬰兒牙齒）、保母、托育中心人員等。如果處在對同志仍不是非常友善的大環境內，這意味這對女同志伴侶縱使曾獲得對同志友善的婦產科醫師的協助，其仍得在焦慮與不安情緒下，面對與使用不確定是否友善的相關服務。

「地域性有所侷限」指的是：相較一些同志運動興盛的區域，在同志運動仍未開展（或僅有部分成果）的地方，對同志友善的健康照顧服務也有所不足。例如：在臺灣，同志運動濫觴於臺北市，臺北市也是至今擁有較多同志資源與服務的地方；但相較於臺北，其他四都或其他縣市，則沒有足夠（甚至是沒有）同志機構提供適當服務。

二、健康照顧人員不友善的行為

雖各種國際性助人專業組織已要求會員得平等對待同志，例如國際社會工作者聯盟(International Federation of Social Workers)、美國心理學會(American Psychiatric Association)；但部分健康照顧人員偶而還是會有一些對同志不友善的行為、或對同志抱持負面態度與評價(Kelley, Chou, Dibble, & Robertson, 2008; Markus, 2005)。簡言之，當健康照顧人員抱持著較不正確的關於同志的信念或知識、對同志社群有較負面評價、或與同志有較少接觸經驗（無論是工作或是日常生活中），則越有可能在工作時會讓同志社群感到不友善(Hinrichs & Vacha-Haase, 2010)。對同志而言，健康照顧人員不友善的行為可分成五類(Bjorkman & Malterud, 2009; Hoffman, Freeman, & Swann, 2009)：

強迫同志改變性向：抱持異性戀霸權觀念的健康照顧人員在「尊崇異性戀，拒絕或刻板化其他性向的人」的價值觀念下，認為同志是種偏差，而會嘗試矯正同志(Walls, 2010)。

拖延或拒絕提供服務給同志：在知道服務對象是同志後，有些健康照顧人員雖不會強行改變同志性向，但卻以拖延或拒絕提供服務的方式，表達其對同志社群的不滿或無法接受(Kelley et al., 2008)。

不友善的態度：有些健康照顧人員雖不會斷然拒絕服務提供，但態度卻會變地不自然、

會刻意拉長與同志間的身體或空間距離、或詢問「是否因過往與異性交往不順，所以才成為同性戀者？妳們也許只是好朋友，而不是同性戀？妳為什麼會是一位同性戀者？」等具偏見意涵的問題(Stevens, 1992)。

忽視同志存在：在異性戀正統思維培養下，認為社會中每個人都是異性戀者，忽略性傾向的多元性。例如：看到服務對象的同性伴侶，卻只認為她們是好友，並未主動詢問其伴侶對醫療過程的意見；看到堅持穿著男裝的女性服務對象，卻仍詢問其是否有男性伴侶等(Saulnier, 2002)。

對同志議題缺乏敏感度：知道與承認同志的存在，卻因對同志議題缺乏敏感度，在言行中仍不自覺地輕微刺激或觸犯到同志。例如有些同志不喜歡「同性戀」這概念具有的病理意味，但有些健康照顧人員卻仍不自覺地在某些同志面前使用同性戀此詞(Pennant et al., 2009)。

而 Hoffman et al., (2009)的研究呼應上述整理：733 名上網回答問卷的青少年同志認為，健康照顧人員的「個人特質與人際溝通能力」(包括尊重同志、公開坦白、一視同仁、讓同志感受到自在)遠比她們的能力與經驗重要。

由於同志常在生活及健康照顧體系遭遇到這些瑣碎、無形卻又揮之不去的不便與挫折，同志在進入健康照顧體系時，常會經由健康照顧人員行為與口語表達上的蛛絲馬跡，判斷其對同志的接納程度(例如診間是否有擺放性別友善組織出的單張或手冊？當同志穿著不符合社會性別刻板印象時，健康照顧人員是否會眉頭一皺？)(Stevens, 1992)。或藉提供看似無關緊要的資訊，以瞭解接觸的健康照顧人員對同志議題是否有適度敏感度(例如一名女同志曾說：「我不跟男人做愛，所以無須生育控制相關措施。」)(Saulnier, 1999)。

簡之，雖性傾向不同的人生理構造並無差異，對同志不友善的外在環境及健康照顧體系反是影響同志健康及健康照顧體系使用的關鍵因素。因而改善健康照顧體系是同志運動及相關健康照顧人員努力的方向之一。也由於同志身處在不友善的社會環境，且常需面對瑣碎、無形卻又揮之不去的不便與挫折，同志心理健康因此受到相當程度影響。

雖然過往研究已整理不少同志在面對健康照護體系及人員的經驗、感受或想法，但多是歐美地區的研究，卻沒有台灣本土的實證研究。

第二節 同志的健康需求

在不接受同志的社會中，除影響同志健康照顧體系的使用；同志的慾望與身分由於被否定，同志進而傾向壓抑自身情慾或行為或強迫自己成為異性戀者(Mail & Safford, 2003)。這種壓抑會傷害個人健全發展(Neely, 1999)，造成壓力與憂鬱(Ryan & Gruskin, 2006)，進而使得長期處在這種惡劣情境下的同志可能反採具破壞性的行為傷害自身，例如自殘與自殺(Swigonski, 2006)。如果當同志又處在缺乏友善健康照顧體系服務或適度社會支持的環境中，更會加劇心理上的創傷(Meyer, 2003)。

一、壓力

雖每個人在生活中都會感受到壓力，但身為社會少數社群的同志，在「身分不被社會承認、自身被不少人視為變態或偏差」的狀況下，則還需面對被污名與被歧視的長期性壓力(Meyer, 2003)。這些與個人身分相關的壓力，包括不被雇用、被解雇、租屋被拒絕等，又會帶出新的壓力（例如：因為被解雇，接著會有租金付不出來、沒有辦法負擔基本需求的花費等新的壓力）(Mays & Cochran, 2001)。此外，在異性戀社會下，同志在社會中被隱匿，並看不見彼此，因此社會支持網絡的缺乏、現身與否對同志而言是其它的壓力；如果同志決定不向她人現身，那麼隱藏身分或擔慮身分被知悉，則是另一隨之而來的壓力(Morrow & Messinger, 2006)。這些層層相疊的壓力經驗除對個人心理健康帶來沉重負擔，影響個人身體健康，也會進一步降低個人自我價值感(Robertson, 1998)。

二、憂鬱

長期處在有壓力的環境中，較易導致有憂鬱傾向。實證研究發現：相較異性戀者，身處在對同志不友善的社會環境中，受訪同志（無論男女）均有較高比例的人曾有憂鬱經驗(Dean et al., 2000)。而憂鬱會影響疾病處理，亦會對生活與健康產生負面效果(GLMA, 2000)。對青少年同志而言，由於正處在「發現自身性少數身分（卻與既有社會規範不同）、猶豫是否該向她人現身」的階段，在可供運用的友善資源不多的情況下，因此有頗高比例的人會有較低的自我價值感、憂鬱經驗、或自殘與自殺念頭或嘗試(Bybee, Sullivan, Zielonka, & Moes, 2009)；甚至逼使少數青少年同志逃家或逃學(Mail & Safford, 2003)。

三、自殺

在不友善的環境中，不少同志曾自殘、有自殺嘗試或自殺(Hunter & Hickerson, 2003)。相較 8-13%的異性戀青少年曾有自殺念頭，有類似念頭的青少年同志則高達 30-40%(Morrow & Messinger, 2006)。美國女同志健康照護研究顯示：將近一半的受訪女同志有過自殺念頭，18%的人曾有過自殺嘗試(Dodd & Booker, 2008)。由於標定自殺身亡者的同志身分有一定難度(又當沒有遺書或遺言時)，使相關數目一直有被低估的可能(Van Wormer, Wells, & Boes, 2000)。在臺灣，同性伴侶自殺殉情事件亦偶爾可聞(鍾道詮, 2011)。

如果有憂鬱經驗或自殺傾向的同志在尋求健康照顧體系協助過程中，遇到前述有著不友善舉止的健康照顧人員的話，無異是雪上加霜，進一步惡化其心理健康狀況。

四、暴力傷害

暴力不只限於用直接肢體暴力(direct physical violence)對他人或自己身體造成傷害，亦包含惡意或不友善言語或行為騷擾(unfriendly verbal and behavioural harassment)對心理健康造成的影響(Fraser, 1995)。同志常受到的暴力包括：在家庭，被毆打或趕出家門；在學校，被霸凌或不當體罰；在社會，被毆擊或殺害(Swigonski, 2006)。同志遇到的暴力加害人不只限於陌生人；親友、熟識者、社群內部成員或自身均可能是暴力加害人(例如，家庭暴力、伴侶間的暴力、或自殘)(Swigonski, 2006)。

在歐美，直接肢體暴力對同志造成的死亡與傷害遠超過異性戀者(Berger & Kelly, 1995)。在美國，2004年，FBI收到的仇恨暴力通報事件中，15.7%的案件與性傾向或性少數有關(Dodd & Booker, 2008)。在Ryan等人的報告中，1/14的受訪女同志及1/12受訪的男同志曾親眼目睹朋友或愛人因其性少數身分受到圍毆或殺害(Ryan & Gruskin, 2006)。在部分國家，性少數或曾有過同性間性行為的人會受到懲罰，其中包括死刑(Spinelli, 2008)。

相較成年同志，青少年同志多處於欠缺資源、同志社群人際網絡、處事應變能力等狀況，因此更容易受到外在暴力的威脅與影響(Savin-Williams, 1995)。一份在美國麻薩諸塞州(Massachusetts)的研究發現，在1999年，同志學生受到同儕拿著武器威脅或恐嚇的機會是異性戀學生的三倍(Holmes & Cahill, 2005)。在美國與加拿大，不符合異性戀性別規範的學生常遭其他學生語言羞辱或霸凌，例如被譏笑為 sissies, fags, queers 或 dykes(Walton, 2005)。

當家人無法接受青少年同志時，家人亦成為傷害主要來源，包括：性傾向矯正嘗試、監控日常行為、毆打、譴責、停止經濟供給、斷絕家庭關係等(Hunter et al., 1998)。

暴力事件受害者在事後卻不一定會報警跟就醫，可能原因有三：第一、擔慮自身同志身分曝光；第二、對相關單位處理暴力事件能力的不信任；第三、擔心受到二度傷害 (Shernoff, 2008; Tully, 2000)。因此，如何提升同志對相關單位能力與友善程度的信任，則相當重要。

在臺灣，牽涉到同志的直接肢體暴力事件，可追溯到 1970 年代，例如同性伴侶反目成仇的兇殺案、一同殉情的同性伴侶、遭他人勒索或仙人跳(吳瑞元, 1997)。由於當時同志仍多被視為偏差，警檢單位以「維護社會秩序」為名，到同志場所騷擾或臨檢也常發生 (臺灣同志諮詢熱線協會, 2010)。臺灣同志生命被他人直接以肢體暴力剝奪的事件，卻直到二十世紀末期才發生，特別是「葉永鋕事件」(相關討論請見蘇芊玲、蕭昭君, 2006)。

常見的同志伴侶間親密關係暴力形式包括心理虐待、外在形體傷害、及被迫從事性活動 (Bartholomew, Regan, White, & Oram, 2008)。處在家暴關係中的同志伴侶，得需處理的議題主要是關係內部的權力拉扯(Irwin, 2008)。「界定伴侶親密關係暴力行為、突破孤立社會處境、尋求外在協助」是處在親密關係暴力中的同志常遇到的困境(Bornstein, Fawcett, Sullivan, Senturia, & Shiu-Thornton, 2006)。

五、男同志特有的身體健康需求

除生理男性常有的疾病外，相較男異性戀者，男同志有較高比例得到因感染人類乳凸病毒(human papilloma virus, HPV)而引發的肛門癌(anal cancer)(Rhodes & Yee, 2006)。HPV 是種經性行為散佈的病毒，且可由檢測得之感染狀況(Dean et al., 2000)。「安全性行為的實踐及定期(每年)規律檢測」是減少 HPV 感染，進而降低肛門癌發生比率的方式(Rhodes & Yee, 2006)。前列腺癌、睪丸癌與直腸癌也是男同志該注意的疾病(Filiault, Drummond, & Smith, 2008)。

但無論是 HPV 感染、睪丸癌或直腸癌，都具「易檢測與不難根治」的特點(Spinelli, 2008)。卻由於現有健康照顧體系對同志的漠視，健康照顧人員常忽略對同志進行相關疾病衛教諮詢與篩檢，大部分同志也不知道或未注意預防與檢測上述疾病的重要性(GLMA, 2002)。這也再次說明，對同志不友善的健康照顧體系除讓同志心理健康受到相當程度影響外，亦會波及同

志的身體健康。

六、健康相關行為

討論同志健康議題時，常提及的相關行為包括：抽菸、喝酒及娛樂性用藥的使用。由於菸、酒、娛樂性用藥的使用多少會影響人的身體健康，因此了解男同志社群使用這些物品的現況、找出方式降低或終止這些物品的使用，進而促使身體健康，則是健康照顧體系及學術界逐漸強調此層面的初衷(Benotsch, Martin, Koester, Cejka, & Luckman, 2011; Blackwell, 2011)。Conron, Mimiaga & Landers (2010)的研究顯示：相較異性戀者，同志有較多人抽菸、喝酒、使用娛樂性用藥及較不常做健康檢查。在墨西哥的研究也發現：相較異性戀青少年，同志青少年（無論男女）則較傾向抽較多的菸、喝較多杯酒、使用較多次娛樂性用藥、並也有較多危害自己健康的行為(Ortiz-Hernández, Tello, & Valdés, 2009)。

七、心理社會因素對同志健康的影響

心理社會因素包括：社會支持、同志自我認同程度、對他人現身的程度。

研究發現：社會支持度越高、自我認同越強烈、且較願意對他人現身的女男同志有較好的健康狀況(Gallor & Fassinger, 2010)。與同志社群有著較深厚連結的女男同志（社會支持較高），其較不會從事對健康有著負面影響的行為(Willoughby, Lai, Doty, Mackey, & Malik, 2008)。有著較多現身經驗的同志，比較知道如何面對與處理他人反應；因而也有意願與能力在健康照顧體系中現身，並教育健康照顧員工，進而較可能獲得合適健康照顧服務，維持良好的健康(Cant, 2006)。至於在現身後，常被他人以負面方式回應的同志，有著較低的自尊、較大的壓力（亦即有著較差的心理健康狀況），並消費較多的酒、菸與大麻，亦即可能對身體健康有著負面影響(Rosario, Hunter, Maguen, Gwadz, & Smith, 2001; Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2006)。

簡而言之，雖然過往研究已整理不少同志在面對健康照護體系及人員的經驗、感受或想法，但多是歐美地區的研究，卻沒有台灣本土的實證研究，使得臺灣健康照顧體系與人員無法提供適當健康照顧服務給女男同志。這情況讓研究者興起探討男同志使用健康照顧體系的經驗。

第三章 研究設計

本章主要說明研究設計相關因素的考量，包括研究方法選取、接觸研究對象與獲得研究資料的方式、資料分析方式、進行步驟與進度等。

第一節 質性研究方法

質化研究所處理的資料並非以數值為主，而是針對可觀察、且具描述性的事物與議題所進行的研究，以了解特殊社會情境、事件、角色、團體或彼此間的互動(Flick, 2010b)。

Strauss 和 Corbin (2001) 對質化研究假設提出四點看法：

- 一、有關現象的概念未被確定。
- 二、相關概念間關係未被了解。
- 三、相關現象間關係仍未被概念化。
- 四、尚未有人以此種方式針對相關現象提出問題。

本研究是一探索性研究，以了解台灣男同志在健康照顧體系中的經驗與看法。如前文所提，雖然過往研究已整理不少同志在面對健康照護體系及人員的經驗、感受或想法，但多是歐美地區的研究，卻沒有台灣本土的實證研究，使得臺灣健康照顧體系與人員無法提供適當健康照顧服務給女男同志。此主題亦觸及當事者的內心世界、個人經驗與看法，因此必得以當事者心路歷程與感受為探討主軸。據 Strauss 和 Corbin (2001) 對質化研究的看法，此狀況符合採用質化研究原則，故研究者選用質化研究方法中的深度訪談法，針對男同志進行訪談。

第二節 取樣

本研究透過立意取樣 (purposive sampling) 中滾雪球 (snowball-sampling) 方式，藉下列兩種管道，接觸到願意分享在健康照顧體系中經驗的男同志。

1. 在網路上張貼「受訪者徵求」廣告 (請見附錄一)，尤其是臺灣同志常使用的網站或 BBS 站，例如 PTT 中的同志版 (telnet://ptt.cc) 等。

2. 研究者亦會先接觸之前已經熟識的相關工作領域的社工，邀請這些同志社工轉介合適

的訪談者。

為回答研究問題，質性研究對受訪者數目要求奠基於：「是否具深度資訊，並符合多元社會實況之廣度」兩個標準；亦即資訊豐富內涵（而非徵募受訪者困難度）是選樣（數目）決定時的重要考量 (Flick, 2010b)。

為滿足「資訊豐富」此指標，在訪談過七位男同志，及依「現有手頭上的資料是否能回答研究問題、分析結果是否達成理論飽和度」等要求檢視資料後，研究者決定採用配額取樣（quota sampling）原則，檢視哪些特質受訪者仍未依一定比例納入。由於最初七位受訪者有著「年齡集中於 21-30、及 41-50 歲之間；全都有大學學歷；多數居住於北部；沒有異性婚姻關係」等特性；所以，研究者再進一步徵求受訪者時，會尋找、接觸與邀請「30 幾歲、或大於 40 歲；學歷為高中職以下；住在中南部」的人接受訪談。

在進一步尋找與接觸後，研究者成功接觸與訪談到 3 位 30 多歲、1 位 50 多歲、及另一位 70 多歲的男同志；另外，之後受訪者中，有 2 位曾經有過異性婚姻關係。不過，基於研究倫理考量，研究者沒有接觸小於 19 歲以下的男同志。

第三節 資料蒐集

本研究採一般性訪談導引法（general interview guide approach）進行深度訪談，蒐集所需相關資料，以了解受訪者經驗或想法(Flick, 2007)。

研究者在研究開始前，擬定一組訪談大綱，為確保訪談大綱的友善與含括欲探討的主題，研究者在草擬訪談大綱後，邀請四位在相關領域工作的實務工作者與專家，從用字遣詞、詢問的問題、訪談主軸與問題核心、問題的順序與脈絡，進行檢視、諮詢與討論（專家基本資料請見附錄二）。在與四位專家討論過後，研究者重新整理訪談大綱，梳理文字，則完成第一版本的訪談大綱定稿（請見附錄三）。在進行過幾次訪談後，由於受訪者談及的主題、研究者的自省及文獻閱讀，研究者發現修訂訪談大綱的必要，因此有了第二版的訪談大綱（仍請見附錄三）。

為確保訪談隱密性與安全性，及讓受訪者能自在談論相關經驗，訪談地點依受訪者決定為主。曾有的訪談地點包括：咖啡館、餐廳、受訪者住家、研究者住家、居酒屋等地。

研究者在進行訪談前，均會提供訪談同意書供受訪者過目並簽署（請參閱附錄四）；訪談同意書內容包含：告知受訪者「研究目的、針對受訪者所做的倫理保護措施、退出訪談的自由、及隨時有權要求歸還相關資料（如錄音帶、逐字稿、分析稿）」等議題。除了訪談同意書，訪談前，研究者亦說明本次訪談可能有的影響，及研究者所能提供的支持與資源。若受訪者表示對研究結果有興趣，在研究結束後，研究者將告知研究結果。此外，受訪者亦被邀請填寫基本資料表（請見附錄五）。

為求訪談內容記錄完整與資料整理便捷，研究者取得受訪者同意後，則全程錄音。如有受訪者表示全程或某些內容不願錄音，在取得受訪者同意後，研究者則放慢訪談速度，適時用筆摘錄訪談重點；在訪談後，研究者立即檢視訪談紀錄、並補記訪談的心得與觀察。

研究者從 2012 年 11 月到 2013 年 04 月，於臺北、台中及高雄，共與 17 位受訪者，進行了 19 次訪談（包括，補訪）。當逐字稿整理完，研究者亦把逐字稿寄給受訪者過目。

第四節 資料分析

質化資料分析是種交互作用的研究歷程。在蒐集資料時，研究者就可開始思索資料分析方式。質化資料分析是能夠使閱讀者「證實他們所知道的、並且受證據所支持的内容；並提醒他們反省自己可能所擁有的不妥當觀念；進而使他們注意那些應知而未知的重要事物」。

質化資料分析關鍵，在於「闡明、理解與推論」，而不是「因果測定、預測和類推」。質化研究不只是針對某些事件做深度分析，更重要的是得呈現整體概念，才不致於將資料分析以種支離破碎的態度進行(Patton, 2008)。

資料分析的過程與則採下述步驟：

- 1.訪談內容採錄音記錄，再逐字謄為記錄稿。
- 2.將受訪者的談話記錄逐句編碼（coding），逐字檢視資料內容，找出與本研究主題相關的對話內容，再跟據研究目的形成分析主題，與核心類別。
- 3.在同一類問題，從不同受訪者反應中，找出關鍵字；再依不同主題，整理訪談內容。
- 4.在同一類型的關鍵字中，尋找共同的主題，並給予命名。
- 5.找出相同與相異現象，進行歸納與分類。

6.待全部資料編碼後，再把所有資料加以分類、比較，進而將性質相近的編碼歸為一類予以抽象化，並將分類後的特質以理論、經驗為基礎，做概念分析。

7.將分析結果加以組織，形成初步架構；再反覆修正架構，呈現訪談內容，解答訪談問題。其間以具代表性的實例做舉證，並以受訪者的語言表達方式來做例證的說明。

第五節 研究者本身角色與立場說明

研究者堅信「社會工作以人為工作處遇出發點」的價值觀與基本原則。研究者認為：「只要是人，無論他／她的性別、性傾向、與性身份是，盡了同等的義務，就也該享有同等權利」。當採用此觀念進一步思索臺灣同志處境時，研究者著實不滿意臺灣整體社會對待同志社群的態度與方式。因此，研究者決定以「站在同志的立場」為研究的出發點，讓女男同志說出其在健康照顧體系中的經驗，以增進我們的了解與認識。

第六節 研究信效度的控制

不論自然科學與社會科學，皆要求在研究過程中，需對研究現象保持客觀立場，因此質化研究也須在研究過程中重視客觀性。質化研究過程中，最受人批評之處，即是研究信度與效度(Flick, 2010a)。因此研究者於此處說明，研究者針對研究信效度所會做的控制：

（一）信度的控制

為使本研究能達到信度要求，研究者將詳實說明研究步驟與研究過程，並邀請相關學者檢視研究與資料分析過程，以控制研究的信度要求。

（二）內在效度的控制

研究者將以下列兩種方法，達到研究對內在效度要求：

1.同儕團體的討論：研究者於每次訪談結束與資料分析過程後，將不斷地與相關同志議題研究者進行討論，以確保研究過程中的妥當性與正確性。

2.輔助工具的使用：在受訪者同意下，將使用錄音機將訪談過程全程錄音，以提高資料蒐集的可信度；若有不明白與遺漏之處，則以電話訪談的方式與受訪者進行再次訪談，以補充前次訪談資料不足之處。

(三) 外在效度的控制

為提高外在效度，即有效地將受訪者所表達的經驗與感受轉換成文字敘述；研究者將逐字謄寫訪談內容，並不斷閱讀逐字稿，再依訪談情境脈絡，進行資料分析與類別化工作，以求能確切將訪談內容轉換為可分析的文字敘述。

第七節 研究倫理

任何一項研究工作，都必需將倫理考量放進整體研究設計與執行的架構中。針對同志議題進行相關研究時，亦有其特殊與相關的倫理考量須注意，參考 Herek, Kimmel, Amaro, 和 Melton (1991)的看法，研究者所能做的措施與考量，如下：

1.增加對同志社群的敏感度

隨時向研究者同志友人、同志議題研究者進行請教，以了解同志社群特有次文化，增加對同志社群敏感度；並藉此核對在與受訪者接洽及訪談時，過程中用字、語氣與動作，是否帶有不妥當與不尊重意味。

2.採用受訪者使用的言語

研究者在接觸受訪者、及進行訪談時，將確實採用受訪者接受的稱謂或名詞，來與受訪者互動，以尊重受訪者自我定位與認同。

3.保護受訪者的身份和訪談資料

研究者在進行深度訪談前，會提供訪談同意書供受訪者過目，簽訂訪談契約，並充份告知受訪者「訪談目的、針對受訪者者所做的相關保護措施、退出訪談過程的自由、及隨時有權要求歸還相關資料（如錄音帶、逐字稿、分析稿）」等事項。

4.預警的責任

在訪談進行前，交代本研究有可能對受訪者產生的衝擊與影響，及研究者所能提供的支持與資源。

5.告知研究結果

若受訪者表示對研究結果有興趣，研究者在研究結束後，將告知研究結果。

第四章 研究發現

第一節 研究參與者的基本資料

共 17 位男同志接受訪談（將稱研究參與者）。除一位具雙性戀身分認同，其餘 16 位均以同性戀認同為主。就年齡而言，則 21-30、31-40、41-50（歲）這三個區間各有五位研究參與者，51-60 及 71-80（歲）這兩個區間各一位研究參與者。就研究參與者的最高學歷而言，有高中職以下學歷的有四位、有大學及專科學歷的有八位，剩下五位則有碩博士學歷。在北部地區的研究參與者共 12 位，中部 3 位，南部有 2 位。

表一：研究參與者基本資料

編號	年齡	身分認同	最高學歷	居住地區	感情狀況
A	46	同性戀	專科	北部	單身
B	26	同性戀	碩博士	北部	單身
C	23	同性戀	大學	中部	有男友(開放)
D	40	同性戀	碩博士	北部	單身
E	49	同性戀	國中小	北部	單身
F	23	同性戀	大學	北部	單身
G	24	同性戀	碩博士	北部	單身
H	25	同性戀	高中職	中部	單身
I	40	同性戀	高中職	中部	有男友(一對一)
J	45	雙性戀	大學	北部	單身
K	42	同性戀	碩博士	北部	單身
L	32	同性戀	大學	北部	有男友(一對一)
M	38	同性戀	高中職	北部	單身
N	53	同性戀	專科	南部	有男友(一對一)
O	33	同性戀	碩博士	南部	單身
P	72	同性戀	大學	北部	有異性伴侶，但沒同性伴侶
Q	42	同性戀	大學	北部	單身

就同志生命歷程常見事件而言，他們平均在 12.65(4-36)歲時，發現自身喜歡同性；在 19.35(8-40)歲時，確認自身身分；並在 25.35(14-70)歲，第一次對他人現身。研究參與者基本資料請見表一。

表一（續）

編號	發現 喜歡同性	確認 同志身分	第一次 向人現身	親朋好友 知情比例
A	12	13	19	81-100%
B	15	17	19	0-20%
C	6	19	16	61-80%
D	8	8	29	61-80%
E	12	16	16	41-60%
F	14	15	15	41-60%
G	14	19	15	61-80%
H	16	16	17	81-100%
I	10	30	32	0-20%
J	34	34	35	0-20%
K	10	13	14	61-80%
L	4	18	20	41-60%
M	5	20	35	0-20%
N	18	18	44	0-21%
O	15	15	17	81-100%
P	12	40	70	0-21%
Q	10	18	18	0-22%
平均	12.65	19.35	25.35	45.29%

不少研究參與者曾開過刀(N=12)或住過院(N=11)（當然，每個人都曾有過至醫院或診所看病的經驗）；亦即，對他們而言，使用健康照顧體系並不是不熟悉的經驗。但縱使如此，他們卻仍很少因為同志生命歷程中常見事件（例如認同、現身、被暴力對待）等，使用健康照顧體系。後續分析會有更多說明。研究參與者在不同情境下的健康照顧體系的使用經驗請見表二。

表二：不同情境下的健康照顧體系使用經驗

編號	1	2	3	4	5	6	7	8
A	否	否	否	否	是	不確定	不確定	不確定
B	是	是	是	否	否	是	否	否
C	否	否	否	否	否	否	否	否
D	否	否	否	否	否	否	否	是
E	否	否	否	否	否	否	否	否
F	否	否	否	否	否	否	否	否
G	否	否	否	否	否	否	否	否
H	否	否	否	否	是	否	否	否
I	否	否	否	否	否	否	否	否
J	否	否	是	否	否	否	否	否
K	否	是	否	否	否	是	否	否
L	否	否	否	否	否	否	否	否
M	否	否	否	否	否	否	否	否
N	否	否	否	否	否	否	否	否
O	是	是	否	是	是	是	否	是
P	否	否	否	否	否	否	否	否
Q	否	否	否	否	否	否	否	否
是	2	3	2	1	3	3	0	2
情境 1. 曾因自我認同的困惑，使用過健康照顧體系？ 2. 曾因為同志身分引發的憂鬱狀況，使用過健康照顧體系？ 3. 曾因同志身分，自我傷害、自殘或自殺過，使用過健康照顧體系？ 4. 曾因向他人現身後的情緒，使用過健康照顧體系？ 5. 曾因現身後與他人的緊張關係，使用過健康照顧體系？ 6. 曾因同志感情關係議題，使用過健康照顧體系？ 7. 曾因為同志友人過世，使用過健康照顧體系？ 8. 曾因同志伴侶間的親密關係暴力，使用過健康照顧體系？								

表二 (續)

編號	9	10	11	12	13	14	15
A	不確定	是	是	是	是	是	是
B	否	否	否	是	是	否	否
C	否	否	是	否	是	否	是
D	是	否	是	是	是	否	否
E	否	否	否	否	是	是	否
F	否	是	否	否	是	是	否
G	否	否	是	否	是	否	是
H	否	否	是	是	是	是	是
I	否	否	是	是	否	否	否
J	否	否	否	否	是	是	否
K	否	否	是	是	是	是	否
L	否	否	否	否	是	否	是
M	否	否	是	是	是	是	否
N	否	否	是	是	是	是	否
O	否	否	是	是	是	否	是
P	否	否	是	是	是	否	否
Q	否	是	是	是	是	是	是
是	1	3	12	11	16	9	7

情境

9. 曾因他人的暴力傷害（起因於你是同志），使用過健康照顧體系？
 10. 曾因娛樂性藥物使用帶來的副作用，使用過健康照顧體系？
 11. 你是否曾開過刀？
 12. 你是否曾住過院？
 13. 你是否曾做過愛滋病毒篩檢？
 14. 你是否曾接受過性病相關治療？
 15. 你是否曾有偕同同性伴侶進入健康照顧體系的經驗？

第二節 男同志使用健康照顧體系前的生命經驗

在此節，研究者整理研究參與者在使用健康照顧體系前的生命經驗，包括他們對健康照顧體系有怎樣的想像與了解？他們曾有過怎樣的生​​命經驗？在這些生命經驗中，有哪些健康照顧體系本來可著墨或介入的點？進而讓我們可在之後，從更貼近男同志生命經驗的觀看視野，思考與探看他們使用健康照顧體系的經驗；並能更寬廣地了解哪些可能因素形塑或限制他們接觸健康照顧體系，以處理生命中曾遭逢的狀況或問題。

一、對健康照顧體系的想像與了解

參與研究的 17 位男同志對健康照顧體系的認識與了解均是從診所或醫院開始，因此原先對健康的想像則多侷限於生理或身體上的健康，而健康照顧體系的功能則被認為以處理身體的不舒服與治療疾病為主。所有研究參與者都使用過醫院或診所的服務。大部分研究參與者是到了國高中，聽過「學校輔導室」這個單位後，才依稀體驗到健康應含括心理健康；但只有三位受訪者使用過學校輔導室的服務。最原初對健康照顧體系的認識與想像（以治療疾病為主），亦進一步限制他們健康照顧體系的使用經驗。

（一）原初對健康照顧體系的想像

當詢問這 17 位男同志對於健康照顧體系最初的想像或了解時，他們均異口同聲地提到：「就是醫院或診所呀！主要是在人身體生病時，做些醫療處理與照顧。」

健康照顧體系？就醫院。... 讓我們看身體上的疾病的地方。(F 先生)

醫院就是照顧病人的地方，對。可能是當人有身體健康問題時，會尋求協助這樣子。(L 先生)

然而他們這般對健康照顧體系最初的想像，幾乎沒有包含心理諮商或輔導服務、或社會工作機構或民間組織提供的服務。

小時候，只知道身體上的病痛要到診所或醫院處理，對。而我也一直以為醫院只是看身體上的病痛。(G 先生)

這反應出：心理健康、人際議題或社會需求可能並不如生理健康或病理狀況，在這些研

究參與者剛開始逐漸了解健康議題時，被視為健康的一環。此現象也間接反應出：當研究參與者在人生中第一次遇到非生理或醫療相關問題或狀況時，有可能不會認知到這仍屬於健康議題、或可接觸相關組織或機構，尋求支持或協助。

我不知道心理上疑惑算是健康議題。我認為自己處理就可以了。(I先生)

對(男)同志而言，當他們開始察覺自身迥異於現今社會異性相戀常規之外的同性情慾時，不少人會有不安、緊張、擔慮等情緒(Bybee, Sullivan, Zielonka, & Moes, 2009)；有些甚至會出現壓抑同性慾望與同志身分的舉動(Morrow & Messinger, 2006)；這狀況又會反過來對個人心理健康帶來沉重負擔，進而影響個人身體健康與個人健全發展(Robertson, 1998)。因此不少學者大聲疾呼健康照顧體系得提供服務，使同志能接受自身慾望與身分，進而讓其身心能健全發展(Berger & Kelly, 1995; Tully, 1995)。但當同志對健康照顧體系的想像只停留在「針對人的身體健康狀況，提供醫療處理與照顧」時，他們又怎麼可能知道可使用健康照顧體系，處理發現同性情慾時的不安、緊張或擔慮？

當我察覺到自己對男性有特殊感受時，我嚇死了，那敢去找醫生。... 我也根本不知道可以找醫生呀！(N先生)

(二) 開始知道心理健康照顧體系

當研究參與者進入到教育體系就學，有些人開始聽過學校輔導室或輔導中心這類組織；只不過，由於學校輔導室曾與學校對於學生的規訓與管教緊緊相連，因此使不少研究參與者對輔導室印象多停留在「壞學生才會去的地方」，而抗拒接觸輔導室；因此未曾注意到輔導室提供的心理健康資訊或諮商服務；更不必提，藉由輔導室提供的諮商服務，以處理發現同性情慾時的不安、緊張或擔慮。另外，由於學校體系內緊密人際網絡，使有些研究參與者就算知道輔導室提供諮商服務，也曾有念頭使用這些服務；但在顧慮同學或老師可能會知情的狀況下，仍沒有使用過這些服務。

我在國高中第一次聽過輔導室這單位... 我知道他們會輔導一些同學，但我其實不知道他們很具體輔導內容是什麼。... 我完全沒有想到可使用學校輔導室，而且因為我在學校輔導室非常活躍，我根本不可能去用輔導室來解決我內心問題。... 我常參與協助輔導室辦的活動... 每一個禮拜就有兩、三天，甚至幾乎

每天都會跑輔導室，所以跟那邊的老師每一個都很熟，那在他們的眼裡，我就是個好學生，所以我覺得我不會跟他們討論這些事。(L 先生)

隨著知道輔導室的存在，有些研究參與者也才了解到原來心理層面的健康也算是健康的一環，所謂健康照顧體系也不單單只有醫院或診所而已。進入輔導室處理心理、情緒或人際議題的可能性，也逐漸被他們接受。只不過，輔導室被視為學校規訓一環的印象仍嚇阻了一些研究參與者使用健康照顧體系處理相關議題的可能性。

從小到大，雖然老師會說有什麼困難、心裡有事的話，可以跟老師或輔導老師講。但我自己感覺起來，周遭也沒有……包括我，好像沒有人去找過老師談心事，談很深的事情，就是像同儕之間講的那樣。(C 先生)

長大後，看過相關報導，才知道原來心裡也會生病，也有地方可以去尋求協助。…但最原初，只知道身體上的病痛，可以去醫院處理(G 先生)

上述分析點出：欲了解同志使用健康照顧體系經驗時，我們不能只集焦於他們在確認同志身分後，使用健康照顧體系的經驗；或只探索健康照顧體系內恐同氛圍或異性戀中心思維如何影響同志使用健康照顧體系經驗。我們亦得留意他們對健康照顧體系的了解與想像、及這些了解與想像如何形塑他們看待與使用健康照顧體系。如上所述，當研究參與者認為健康照顧體系（特指醫院）只處理人的身體健康議題時，他們當然不會知道或注意到，心理健康議題也可透過接觸健康照顧體系（不單只是醫院）來處理。與健康照顧體系關聯的某些特性、刻板印象（例如不乾淨、只有生病的人才會去），亦影響健康照顧體系使用。

二、男同志曾有的生命經驗及反映出的健康需求

如前所述，異性戀霸權或異性戀正統思維已在制度與文化層面，建構出對同志不友善的外在環境。這種不友善環境使男同志在察覺自身同性情慾、接受自身同志身分、或面對現身情境時，常感受到不舒服或壓力。此外，此種不友善又常讓同志在生活中及之後在健康照顧體系中，得頻繁面對無形、瑣碎卻又揮之不去的不便與挫折，因此在身體或心理層面受到影響。最後，由於整個社會充次著異性戀思維，使迥異於異性戀模式的同志在面對自身生活時，缺乏現有例子可供參考，因而常得自行摸索合適的行事依據。上述這些因素綜合作用下，使

男同志有其不一樣的生命經驗與健康需求，進一步影響他們健康照顧體系的使用經驗。

(一) 面對與接受同志身分

如同文獻所提，當人們覺察到自己可能不是異性戀者時，他（她）們則開始對自我這種不熟悉身分的摸索與探詢，進而帶出「認同與現身」兩個重要議題(e.g., Hunter & Schaefer, 1995)。「認同」指的是同志接納自身慾望與身分的過程(Cass, 1996)；「現身」意涵同志採取行動告訴他人自身身分的歷程(Herek, 2000)。認同與現身這兩個過程會互相影響（黃玲蘭，2005）。在認同過程中，認同困惑（identity confusion）是男同志人生發展過程中的關鍵經歷，也是很多健康照顧專業體系廣泛關切的議題：

1. 認同

一個不接受同志的社會常會否定同性間的慾望或同志身分，進而讓不少同志在第一次發現自己對同性有特殊感受時，會覺得自己怪異、不正常，連帶有困惑、擔慮與緊張的情緒。甚至使得有些同志傾向強迫自己成為異性戀、或壓制自身情慾或行為，無法接受或認同自身喜歡同性的事實。這也是為何有不少研究參與者在提及第一次發現自己對同性有特殊感受時，除一般喜歡他人的感動與甜蜜外，卻還多了些困惑、擔慮與緊張：

當我發現到自己好像喜歡同性的時候，好像有一點...不是有一點，好像就是完全的慌亂無助，但是要故作鎮定，就內心其實是很不知道該怎麼辦，但是生活還是要過下去... 一方面覺得同志沒有未來吧，沒有什麼可以借鏡的，或是仿效的對象。（C 先生）

這社會對同志的不接受，使得在相關媒介或資訊中，不易看到有關同志個人或群體的討論；讓這群研究參與者在第一次發現自己對同性有特殊感受時，常會覺得自己怪異、不正常，進而連帶出困惑、擔慮與緊張的情緒。也由於在社會相關媒介或資訊中，不易看到同志的相關討論；這氛圍也讓這群研究參與者依稀感受到：「對同性有特殊感受或喜歡同性」是個不能說出口的秘密。因而，縱使他們在察覺到自身可能喜歡同性，而有困惑、擔慮與緊張等情緒，

但由於此種感受看起來不能被說出口；因此，他們只好選擇沉默，也決定不找他人處理這般困惑、擔慮與緊張等情緒。

這情況凸顯出：除協助有認同困惑的同志發展自身的認同外，健康照顧體系人員亦得注意那些因著社會不友善氛圍而不願前來健康照顧體系尋求協助的同志，及思考該如何改善這種不友善氛圍，降低其對同志的影響與傷害。

2.現身

社會的不友善，同志除難以接受自身身分外，在現身時，亦有其坎坷與辛苦處。另外，現身不會只有一次，因此過往現身經驗則會影響日後的現身決定與策略（這邊包括要不要現身、對誰現身、用怎樣的方式或策略現身等）。同樣地，同志自我認同程度亦會對現身決定與策略帶來另一層面的影響。

我發現自己喜歡同性時，其實蠻緊張的。... 我那時非常排斥，我很排斥我的事情讓人家知道。... 我就是很排斥，我不想讓人家知道我的事... 就不喜歡讓人家知道我是同志，我就是不想讓人家知道。（N先生）

這社會對同志的不接受、不容易看到同志的相關訊息、及多數同志認為「喜歡同性」是個秘密等狀況，使得同志在面對現身情境時，亦常得以自己摸索或判斷的方式來取捨現身的決定與策略。如同前述幾名研究參與者的經驗，大部分男同志第一次在面對現身情境時，多數是猶豫的；畢竟在一個認知中對同志不友善的環境裡，男同志無從判斷現身對象對同志的可能態度、及可能反應為何。有些研究參與者甚至一直抱持「他不會對其他人現身」的念頭，就是擔慮會受到其他人的排斥與惡意對待。這些經驗當然進一步影響這群男同志在使用健康照顧體系時的現身決定。這情況反應出：健康照顧體系人員在面對同志時，得謹慎處理現身議題，以免影響其心情或日後的現身決定。

（二）面對不友善的環境

對同志不友善的社會亦會在同志生活中帶來不少影響，包括被他人暴力對待（被排斥或被霸凌等）、從前面兩種狀況衍生出的逃學或離家、及可能有的自殘或自殺：

1. 被他人暴力對待

同志常在生活中受到他人暴力對待：例如受到家人排拒或趕出家門；在校園中被同儕霸凌等（Messinger, 2006a; Swigonski, 2006）。這次研究中，亦有研究參與者有類似慘痛經驗。

那是學生的時候啦，那時候大家血氣方剛嘛，等於說很排擠你，譬如說在講台上用板擦丟你之類的阿，對阿，因為我那時候很瘦弱，他們接受的資訊怎麼來的我不知道，那他們學生在高中的時候都認為說，”homo 都是娘娘腔”一般，台語都是 ”卡仔”之類的，但是我並沒有娘娘腔，他們就是認為 homo 都是娘娘腔，那就不用板擦丟阿或是踹你一腳阿，不然就是把你拖到隔壁間打一打就走了阿。... 我高中的時候常被打，因為同志身分，但是我沒有承認阿，他們會說「你是 homo..... 怎樣怎樣」的，因為我那時候可能不會陽剛，不像他們那種像是流氓或是小混混這樣子的。... 當然沒有對其他人說過呀！... 也沒跟老師講，都沒有講。（A 先生）

我常常被同學直接問：「你到底是不是男人阿？」這樣子，對，被同班同學指著我說「你到底是不是男人阿？」那時候就常常與同學有衝突。（B 先生）

2. 離家或逃學

為處理前述被他人暴力對待的狀況，有些研究參與者則決定翹課、逃學或離家，以避開在生活中對它們施予暴力的人。歐美文獻亦提及，為逃避家人責罵或同學嘻笑或欺侮，不少同志在年少時就被迫離家或逃學，但由於欠缺資源，因而無法好好照顧到自己健康。

我父母知道我是同志後，就嚴格地限制我的行蹤。我那陣子只要晚回家，因為我不是說我都會跟朋友去新公園阿或是去哪邊去哪邊嗎？那只要晚回家他們剛開始是跟我吵架嘛，後來就門反鎖不讓我進去，所以我那陣子還蠻常翹家的，因為沒得、有家回不得，對。... 我只好借住那時候的朋友家。... 一些圈內朋友的家。... 那時，曾經有很長一段時間，我三餐是在吃泡麵的。... 對，只吃泡麵。... 因為年紀輕，家裡控制嚴，我只好翹家，沒錢呀，只能吃泡麵。... 高中本來沒有想把他念完... 因為跟家裡在拉扯，怎可能有心情念書。然後後面最終還是把它念完了，可是我大學就零零落落了。（F 先生）

3. 自殘或自殺

在對同志社群不友善的環境中，不少同志曾自殘（self-harm）、有自殺嘗試（suicide attempts）或自殺（suicide）（Hunter & Hickerson, 2003; Morrow, 2006）。曾有自殺念頭的青少年同志比例約在 30%-40%，而異性戀青少年有類似念頭的比例則在 8%-13%（Morrow, 2006）。

本研究的研究參與者亦有不少人之前曾因不同原因而有過自殺念頭或行動：

其實有幾次是因為圈內的原因，所以... 就是不想活了或什麼之類的，有這種情況，是因為真的有時候壓力過大，... 例如常常被問說：「你有沒有女朋友？」... 然後又想說，如果我.....如果我早點死的話，是不是這些問題早就沒有了？然後我想「這樣子也好，反正我也沒有什麼好留戀的。」（B先生）

前一小節中，研究者呈現：社會對同志的不友善，使研究參與者在面對或接受同志身分的歷程中，會需健康照顧體系的介入與服務提供；這種不友善同時反過來阻礙這群需要服務介入的研究參與者主動前往健康照顧體系的可能。但社會對同志的不友善亦從同志的人際生活層面（包括家庭與學校）對同志帶來不同程度影響，如本小節所提及的，被他人暴力對待、被迫逃學或離家等。這些情況很明顯地都需要健康照顧體系提供適切服務給這些同志。

然而大部分研究參與者在面臨這些不友善情境，仍沒有主動前往健康照顧體系尋求服務。原因除包含前述對健康照顧體系可能的不友善的擔慮外，亦牽連前一節所提及的「對健康照顧體系的不熟悉」，例如雖受同學排擠或霸凌，但由於身體沒受傷，因此未曾聯想到這與健康照顧體系有關；或對輔導室的排拒等。這亦再次說明：社會的不友善氛圍會使需要獲得協助的同志不願或抗拒使用健康照顧體系。

（三）經歷迥異於異性戀的生活

除前述「面對與接受同志身分」及「面對不友善的環境」兩個面向的議題外，男同志在開展其生活及其社群內部發展出的次文化亦有其特殊之處，使男同志有另一層面不同的生命經驗與健康需求，進而影響健康照顧體系的使用經驗。主要有兩種議題：進入同志社群、及同性性行為與同性間的交往。

1. 進入同志社群

對少數族群成員而言，其族群常是個人面對外在社會歧視或不公平時重要依靠與資源。但在缺乏血緣連帶狀況下，同志與同志社群間的關係則沒那麼緊密。此外，由於同志社群已被社會嚴重汙名，因此對不少同志而言，進入同志社群（或一些被視為同志聚集的場所）本

身就是個極具挑戰的任務，甚至有些同志會抗拒進入同志社群（趙彥寧，2001）。更不必提，同志社群下亦有其各種殊異的次文化，其異於異性戀社會的規範與文化，使剛進社群的同志在接觸這些次文化時，常有一定程度的文化衝擊與挑戰（賴正哲，2005）。這些情況使得對同志而言，接觸或進入同志社群反成為需要被協助的一環。

我在高中時，從網路上認識一些同志。... 我雖然知道一些地方，例如說二二八公園，有男同志出沒，但剛開始我怎麼自己去？... 我那時候還沒有那麼大膽。... 我認為，對第一次去二二八的人而言，要勇於提起勇氣吧。... 畢竟它還是處於在大家都是.....比較大多數人是男跟女的關係之中，那你在那個地方你會知道其他人的異樣眼光阿之類的。（F先生）

研究參與者經驗呈現出的確有不少同志不敢接觸同志社群或接觸號稱有同志聚集的一些公共空間。這般的不敢接觸，再次呈現社會對同志的污名如何影響研究參與者想像與接觸與自身有同樣處境的同志社群；另一方面，也反應，社會污名從另一層面影響同志接觸對其健康有益的可運用資源。如同前述，對少數族群成員而言，其族群常是個人面對外在社會歧視或不公平時重要依靠與資源；那麼當同志不敢接觸同志社群，也就意謂，同志缺乏社群可給予的面對外在社會歧視或不公平時的重要依靠。這狀況也透露出：缺乏社群聯繫與資源，同志個人在面對生活或與同志健康相關議題時，得自行摸索與學習，無法像異性戀社群藉著眾多社會機制傳遞其生活中的經驗與智慧；進而讓同志在面對與同志健康相關問題時，會有不知何處可詢問的困境。如果此時，健康照顧體系無法適切提供對同志友善的健康資訊或服務，那麼當然會對同志的健康帶來影響。

2.同性性行為與同性間的交往

當整個社會充次異性戀思維與異性戀生活模式資訊，使同志在面對自身情感或情慾生活時，缺乏現有例子或足夠資訊可供參考或學習，例如男男間的性行為該如何進行、或男男間的情感關係該以怎樣方式開展等；因而使有些研究參與者在面對同性性行為或同性間的交往關係時，會有手足無措的感受。

有一次我被幹完後，排便時會大量流血。後來我去看皮膚科，皮膚科醫生認為說只不過是內痔。因為我真的不確定說痔瘡、內痔、跟被幹中間有沒有關

聯性，所以我也沒有說我是被幹之後才會這樣大量流血。... 醫生就直接說，這很簡單啦，痔瘡啦，擦個藥然後泡澡，就可以處理了，應該兩三天就會好了。他真的就是只把它當作痔瘡來處理。但我那個疑惑，痔瘡跟被幹到底有沒有關聯，我還是不敢問。（K先生）

有阿，因為就是真的就是找不到另一半，當然就是會心慌，就是覺得真的覺得說我人真的好孤單，就會想說那不如歸去算了。... 有時在生活中遇到不錯的人，但我不知道他是不是同志。我那時也不知道去哪邊認識其他同志。甚至，認識了人之後，我該怎麼做？我該主動追求？還是怎樣？我完全不知道。（B先生）

因為愛滋的緣故，男男間的性行為（尤其是安全性行為）或與性相關的健康其實在台灣是被強調的；但是性的健康不能只是停留在性病防治與處理，如何享受性或針對性引發出的困惑亦該是被注意的議題。當然，與性相關連的情感關係的建立與發展，對男同志而言亦該是重要的。只不過，如同受訪者經驗，在網際網路還沒有發展之前，當整個社會充次異性戀生活模式資訊時，同志常缺乏足夠資源或資訊，去了解或學習男男間的性行為、或如何發展男男間的親密關係。

如前所述，異性戀霸權或異性戀正統思維已在制度與文化層面，建構出對同志不友善的外在環境。這種不友善環境使男同志在察覺自身同性情慾、接受自身同志身分、或面對現身情境時，常感受到不舒服或壓力。此外，此種不友善又常讓同志在生活中及之後在健康照顧體系中，得頻繁面對無形、瑣碎卻又揮之不去的不便與挫折，因此在身體或心理層面受到影響。最後，由於整個社會充次著異性戀思維，使迥異於異性戀模式的同志在面對自身生活時，缺乏現有例子可供參考，因而常得自行摸索合適的行事依據。上述這些因素綜合作用下，使男同志有其不一樣的生命經驗與健康需求，進一步影響他們健康照顧體系的使用經驗。

第五章 結論

本研究取訪談法，了解臺灣男同志在健康照顧體系的經驗。共有 17 位男同志成為本研究的研究參與者。所有研究參與者都曾有過至醫院或診所看病的經驗；甚至不少研究參與者曾開過刀(N=12)或住過院(N=11)。亦即，對他們而言，對健康照顧體系的認識與了解均是從診所或醫院開始，而且使用健康照顧體系並不是不熟悉的經驗。

但也因為如此，參與研究的 17 位男同志原先對健康的想像則多侷限於生理或身體上的健康，而健康照顧體系的功能則被認為以處理身體的不舒服與治療疾病為主；當他們在人生中初次遇到非生理或醫療相關問題或狀況時，並不會認知到這可能仍屬於健康議題。在這種狀況下，縱使他們對健康照顧體系有一定程度熟悉；但他們仍很少因為同志生命歷程中常見事件，使用健康照顧體系。如前分析，他們在其生命經驗中，常遇到需健康照顧體系介入的情形，例如認同、現身或被暴力對待等。

畢竟，異性戀霸權在制度與文化層面已建構出對同志不友善的外在環境。這種不友善環境使男同志在察覺自身同性情慾、接受自身同志身分、或面對現身情境時，感受到不舒服或壓力，並使男同志在身體或心理層面受到影響。最後，由於整個社會充次著異性戀思維，使迥異於異性戀模式的同志在面對自身生活時，缺乏現有例子可供參考，因而常得自行摸索合適的行事依據。上述這些因素綜合作用下，使男同志有其不一樣的生命經驗與健康需求，進一步影響他們健康照顧體系的使用經驗。這也反應：男同志使用健康照顧體系的經驗是個複雜的過程，受到不同因素交互作用的影響，而出現紛雜且多樣化的面貌。

參考書目

- Auerbach, John. (2008). Lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: Progress and challenges, *American Journal of Public Health*, pp. 970-970. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=32544153&lang=zh-tw&site=ehost-live>
- Badgett, Mary Virginia Lee. (2003). *Money, myths, and change: The economic lives of lesbians and gay men*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bartholomew, Kim, Regan, Katherine V., White, Monica A., & Oram, Doug. (2008). Patterns of abuse in male same-sex relationships. *Violence and Victims*, 23(5), 617-636.
- Bartley, Mel. (2009). *健康不均理論：概念與方法* (李妙純, 江心怡, 徐惠蘋 & 賴紅汝, Trans.). 臺北市: 五南.
- Benotsch, Eric G., Martin, Aaron M., Koester, Stephen, Cejka, Anna, & Luckman, Diana. (2011). Nonmedical use of prescription drugs and HIV risk behavior in gay and bisexual men. *Sexually Transmitted Diseases*, 38(2), 105-110.
- Berger, Raymond Mark, & Kelly, James J. (1995). Gay men overview. In R. L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work (19th ed.)* (pp. 1064-1075). Washington, D. C.: National Association of Social Workers.
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 27(4), 238-243. doi: 10.3109/02813430903226548
- Blackwell, Christopher W. (2011). Reducing Alcohol Abuse in Gay Men: Clinical Recommendations From Conflicting Research. *Journal of Social Service Research*, 38(1), 29-36. doi: 10.1080/01488376.2011.583836
- Blumenfeld, Warren J., & Raymond, Diane. (2000). Prejudice and discrimination. In M. Adams, W. J. Blumenfeld, R. Castaneda, H. W. Hackman, M. L. Peters & X. Zuniga (Eds.), *Readings for diversity and social justice* (pp. 21-30). New York: Routledge.
- Boehmer, Ulrike. (2002). Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1125-1130.
- Bornstein, Danica R., Fawcett, Jake, Sullivan, Marianne, Senturia, Kirsten D., & Shiu-Thornton, Sharyne. (2006). Understanding the Experiences of Lesbian, Bisexual and Trans Survivors of Domestic Violence -- A Qualitative Study. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 159 - 181.
- Bybee, Jane, Sullivan, Eric, Zielonka, Erich, & Moes, Elizabeth. (2009). Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *Journal of Adult Development*, 16(3), 144-154. doi: 10.1007/s10804-009-9059-x
- Cant, Bob. (2006). Exploring the implications for health professionals of men coming out as gay in healthcare settings. *Health & Social Care in the Community*, 14(1), 9-16. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00583.x
- Conron, Kerith, Mimiaga, Matthew, & Landers, Stewart. (2010). A Population-Based Study of

- Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1953-1960.
- Cruikshank, Margaret. (1992). *The gay and lesbians liberation movement*. New York: Routedlge, Chapman & Hall.
- Culley, Lorraine. (2010). Exclusion and inclusion: Unequal lives and unequal health. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 299-301.
- Dean, Laura, Meyer, Ilan H., Robinson, Kevin, Sell, Randall L., Sember, Robert, Silenzio, Vincent M. B., . . . Xavier, Jessica. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 102-151. doi: 10.1023/a:1009573800168
- Ellis, Mary Lynne. (2008). Homophobia is the patient. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 14(3), 313-324.
- Fell, Gregory R., Mattiske, Julie K., & Riggs, Damien W. (2008). Challenging heteronormativity in psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 4(2), 127-140.
- Filiault, Shaun, Drummond, Murray, & Smith, James. (2008). Gay men and prostate cancer: Voicing the concerns of a hidden population. *Journal of Men's Health*, 5(4), 327-332.
- Flick, Uwe. (2007). *質性研究導論* (李政賢, 廖志恒 & 林靜如, Trans.). 台北: 五南.
- Flick, Uwe. (2010a). *質性研究的品質控管* (梁婉玲, Trans.). 台北: 韋伯文化.
- Flick, Uwe. (2010b). *質性研究的設計* (張可婷, Trans.). 台北: 韋伯文化.
- Fraser, Mark W. (1995). Violence overview. In R. L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work (19th ed.)* (pp. 2453-2460). Washington, D. C.: National Association of Social Workers.
- Gallor, Susanna M., & Fassinger, Ruth E. (2010). Social Support, Ethnic Identity, and Sexual Identity of Lesbians and Gay Men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 22(3), 287 - 315.
- Harvey, J. Makadon. (2006). Improving Health Care for the Lesbian and Gay Communities. *The New England Journal of Medicine*, 354(9), 895-897.
- Heck, Julia E., Sell, Randall L., & Gorin, Sherri Sheinfeld. (2006). Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1111-1118.
- Herek, Gregory M., Kimmel, D.C., Amaro, H., & Melton, G. B. (1991). Avoiding heterosexist bias in psychological research. *American Psychologist*, 46(9), 957-963.
- Herzer, M. (1985). Kertbeny and the nameless love. *Journal of Homosexuality*, 12(1), 1-26.
- Hinchliff, Sharron, Gott, Merryn, & Galena, Elisabeth. (2005). 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health & Social Care in the Community*, 13(4), 345-353.
- Hinrichs, Kate L., & Vacha-Haase, Tammi. (2010). Staff perceptions of same-gender sexual contacts in long-term care facilities. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 776-789.

- Hoffman, Neal D., Freeman, Katherine, & Swann, Stephanie. (2009). Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth. *Journal of Adolescent Health, 45*(3), 222-229.
- Hunter, Ski, & Hickerson, Jane. (2003). *Affirmative practice: Understanding and working with lesbian, gay, bisexual, and transgender persons*. Washington, DC: NASW Press.
- Hunter, Ski, Shannon, Coleen, Knox, Jo, & Martin, James I. (1998). *Lesbian, gay, and bisexual youths and adults: Knowledge for human services practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kelley, Leah, Chou, Calvin L., Dibble, Suzanne L., & Robertson, Patricia A. (2008). A critical intervention in lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine, 20*(3), 248-253. doi: 10.1080/10401330802199567
- Lupton, Deborah. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London; Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mail, Patricia D., & Safford, Laretta. (2003). LGBT disease prevention and health promotion: Wellness for gay, lesbian, bisexual, and transgender individuals and communities. *Clinical Research & Regulatory Affairs, 20*(2), 183-204.
- Markus, P. Bidell. (2005). The sexual orientation counselor competency scale: Assessing attitudes, skills, and knowledge of counselors working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Counselor Education and Supervision, 44*(4), 267-279.
- Mays, Vickie M., & Cochran, Susan D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91*(11), 1869-1876.
- McLaughlin, Katie A., Hatzenbuehler, Mark L., & Keyes, Katherine M. (2010). Responses to discrimination and psychiatric disorders among Black, Hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual individuals. *American Journal of Public Health, 100*(8), 1477-1484.
- Messinger, Lori. (2006a). A historical perspective. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people* (pp. 18-42). New York: Columbia University Press.
- Messinger, Lori. (2006b). Toward affirmative practice. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people* (pp. 460-470). New York: Columbia University Press.
- Meyer, Ilan H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697.
- Morrow, Deana F., & Messinger, Lori. (2006). *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people*. New York: Columbia University Press
- Neely, Chatman. (1999). Homophobia: Problem or challenge? *The New Social Worker, 6*(3), 14-18.

- Ortiz-Hernández, Luis, Tello, Blanca Lilia Gómez, & Valdés, Jesús. (2009). The association of sexual orientation with self-rated health, and cigarette and alcohol use in Mexican adolescents and youths. *Social Science and Medicine*, 69(1), 85-93.
- Patton, Michanel Quinn. (2008). *質性研究與評鑑 (下)* (吳芝儀 & 李奉儒, Trans.). 嘉義: 濤石.
- Pennant, Mary E., Bayliss, Sue E., & Meads, Catherine A. (2009). Improving lesbian, gay and bisexual healthcare: A systematic review of qualitative literature from the UK. *Diversity in Health & Social Care*, 6(3), 193-203.
- Pierce, Lois H., & Bozalek, Vivienne. (2009). Collaboration for the promotion of community and individual health. *Social Work in Public Health*, 24(1), 117 - 123.
- Puddester, D. Md. (2008). The queering of medicine. *Canadian Medical Association. Journal*, 178(12), 1624.
- Röndahl, Gerd. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 146-152. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00603.x
- Ramirez-Valles, Jesus, Kuhns, Lisa M., Campbell, Richard T., & Diaz, Rafael M. (2010). Social integration and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 30-47. doi: 10.1177/0022146509361176
- Robertson. (1998). The mental health experiences of gay men: a research study exploring gay men's health needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(1), 33-40. doi: 10.1046/j.1365-2850.1998.00097.x
- Rosario, Margaret, Hunter, Joyce, Maguen, Shira, Gwadz, Marya, & Smith, Raymond. (2001). The Coming-Out Process and Its Adaptational and Health-Related Associations Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Stipulation and Exploration of a Model. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 133-160. doi: 10.1023/a:1005205630978
- Rosario, Margaret, Schrimshaw, Eric W., & Hunter, Joyce. (2006). A Model of Sexual Risk Behaviors among Young Gay and Bisexual Men: Longitudinal Associations of Mental Health, Substance Abuse, Sexual Abuse, and the Coming-Out Process. *AIDS Education and Prevention*, 18(5), 444-460.
- Ryan, Caitlin, & Gruskin, Elisabeth. (2006). Health concerns for lesbians, gay men, and bisexuals. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people* (pp. 305-342). New York: Columbia University Press.
- Saulnier, Christine Flynn. (1999). Choosing a health care provider: A community survey of what is important to lesbians. *Families in Society*, 80(3), 254-262.
- Saulnier, Christine Flynn. (2002). Deciding who to see: Lesbians discuss their preferences in health and mental health care providers. *Social Work*, 47(4), 355-365.
- Scarce, Michael. (1999). *Smearing the queer: Medical bias in the health care of gay men*. New York: Haworth.

- Segovia-Tadehara, Corina D. (2001). *Social work students' and practitioners' beliefs, attitudes, and willingness to provide services to people with human immunodeficiency virus disease*. (doctoral dissertation), University of Utah.
- Shankle, Michael D. (2006). *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health*. New York: Harrington Park.
- Snyder, John E. (2011). Trend Analysis of Medical Publications About LGBT Persons: 1950–2007. *Journal of Homosexuality*, 58(2), 164-188. doi: 10.1080/00918369.2011.540171
- Spinelli, Frank, M.D. . (2008). *The advocate guide to gay men's health and wellness*. New York: Alyson.
- Stevens, Patricia E. (1992). Lesbian health care research: A review of the literature from 1970 to 1990. *Health Care for Women International*, 13(2), 91-120.
- Swigonski, Mary E. (2006). Violence, hate crime, and hate language. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people* (pp. 364-383). New York: Columbia University Press.
- Tucker, Jalie A., Foushee, H. Russell, & Simpson, Cathy A. (2009). Increasing the appeal and utilization of services for alcohol and drug problems: What consumers and their social networks prefer. *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 76-84. doi: DOI: 10.1016/j.drugpo.2007.11.004
- Van Wormer, Katherine S., Wells, Joel, & Boes, Mary. (2000). *Social work with lesbians, gays, and bisexuals: A strengths perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- Walls, N. Eugene. (2010). Religion and support for same-sex marriage: Implications from the literature. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 22(1), 112-131.
- Willoughby, Brian L. B., Lai, Betty S., Doty, Nathan D., Mackey, Eleanor R., & Malik, Neena M. (2008). Peer crowd affiliations of adult gay men: Linkages with health risk behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(4), 235-247. doi: 10.1037/1524-9220.9.4.235
- Wilton, Tamsin. (2000). *Sexualities in health and social care*. Buckingham, UK: Open University Press.
- 吳瑞元. (1997). *孽子的印記：臺灣近代男性「同性戀」的浮現(1970-1990)* (碩士 碩士論文), 國立中央大學, 中壢.
- 林文源. (2008). 醫學知識與權力：導讀. In 成令方, 傅大為 & 林宜平 (Eds.), *醫療與社會共舞* (pp. 94-98). 台北市: 群學.
- 柯乃榮, 鍾信心, 章順仁, & 葛應欽. (1996). 自我效力、自覺愛滋病威脅及其性行為之相關：南臺灣 108 例男同性戀之分析. [The Relationship between Self-Efficacy, Perceived AIDS Threat, and Sexual Behaviors: Analysis of 108 Male Homosexuals in Southern Taiwan]. *護理研究*, 43(1), 285-297.
- 徐淑婷, 柯乃榮, 薛克利, 葉明莉, & 文榮光. (2000). 臺灣地區男同性戀與男異性戀之性行為比較：個案對照研究. [Comparison of Sexual Behaviors between Male Homosexuals and

Male Heterosexuals in Taiwan]. *長庚醫學*, 23(5), 267-276.

莊徵華. (1994). 同性戀者之流行病學研究. 臺北: 行政院衛生署科技發展計畫研究報告.

游美惠. (2010). 家庭: 多元的圖像. In 游美惠, 楊幸真 & 楊巧玲 (Eds.), *性別教育* (pp. 147-169). 台北市: 華都文化.

趙彥寧. (2005). 老 T 搬家: 全球化狀態下的酷兒文化公民身分初探. *台灣社會研究季刊*, 57, 41-85.

劉達臨, & 魯龍光. (2005). *同性戀性史*. 臺北市: 柏室科技藝術

附錄一：徵募受訪者的廣告

敬請貴單位協助張貼

誠徵有健康照顧體系使用經驗的男同志參與訪談

研究名稱：男同志健康照顧體系的使用經驗

計畫編號：NSC 101-2629-H-031-001

研究主持人：東吳大學社會工作學系專任助理教授 鍾道詮

研究經費補助單位：行政院國家科學委員會

研究緣起

雖歐美已有不少研究探討男同志在面對健康照護體系及人員的經驗，但卻沒有台灣本土實證研究，使臺灣健康照顧體系與人員可能無法提供適當健康照顧服務給男同志。因此，我進行此份研究，探看男同志在健康照顧體系中的經驗，增加台灣對此現象的本土了解。

研究目的

了解台灣男同志在面對健康照顧體系人員或使用健康照護體系之相關經驗。

受訪對象

若您具有男同志身分認同，曾在健康照顧體系中有「現身、逼近現身、或被懷疑是男同志」的經驗（無論這經驗是「好或不好」），都非常歡迎您與我聯繫、聊聊。

那些才算是健康照顧體系？

除醫療體系（包括醫院與診所）外，心理健康照顧體系（包括心理諮商與輔導、精神醫療）或長期照顧體系（包括老人院與安養中心）都可算是本研究界定的健康照顧體系。

資料蒐集方式與原則

原則上以親自面對面訪談為主，但還是以您適合的方式進行。
所有蒐集的資料必以保密方式處理，且僅有我與我的研究助理可經手這些資料。
雖然我人在台北，但我可到您所居住的城市與您聊聊。

接洽方式

如您有意願跟我聊聊，或需更多關於此份研究的資料，以決定是否參與研究，提供您寶貴經驗，還煩請用下列方式與我聯繫：dcchung@scu.edu.tw 或 0922-164248。另外，我有準備薄薄酬金，感謝您的經驗分享與時間付出。

謹祝順心如意！

東吳大學社會工作學系
專任助理教授 鍾道詮 敬上

手機：0922-164248

電子郵件信箱：dcchung@scu.edu.tw

附錄二：協助整理訪談大綱的專家基本資料

莊 苹：臺北市立聯合醫院昆明院區護理主任

沈維巖：同志諮詢熱線協會理事暨前理事長

衛漢庭：台北榮民總醫院精神科醫師

蔡春美：台北大學社會工作學系兼任助理教授；前台北市立性病防治所衛教組主任

附錄三：訪談大綱

「男同志健康照顧體系使用經驗」訪談大綱（初稿）

第一次在健康照顧體系的現身經驗

你是在怎樣的狀況下，第一次告知健康照顧體系人員你的同志身分？

基於什麼理由想要告知？

以怎樣的方式告知？

怎樣評估對方對同志議題的友善程度？

那時，你對你自身同志身分的認同為何？

你對他人的現身狀況為何？

對方知悉你的同志身分後，對方有怎樣的回應或做了哪些事情？

對方的回應是否友善？你怎樣判斷？

你當下有怎樣的感受或想法？

你以怎樣的方式回應對方的行為？

這與你生平第一次對他人現身的經驗有怎樣的的不同？

哪些因素造成這些不同？

這經驗對你有怎樣的影響？

之後在健康照顧體系的現身經驗

你之後欲告知健康照顧體系從業人員同志身分前，會以那些方式評估對方對同志的友善程度？

你之後以哪些方式告知健康照顧體系從業人員你的同志身分？理由為何？

當對方知悉你的同志身分後，對方有怎樣的回應？對方的回應是否友善？

當你偕同伴侶進入健康照顧體系時，發生了什麼事情？

在不同健康照顧體系領域的現身經驗

你是否有其他在不同健康照顧體系領域現身的經驗？

在不同領域現身時，你是否會用不同方式評估對方對同志的友善程度？理由為何？

請說說你印象最深刻（好或壞）的現身經驗。

不須或不願現身的狀況

在健康照顧體系中，有哪些狀況不需要現身？

哪些狀況是你認為有必要現身，卻不想現身？

你的考量點是什麼？

你採取怎樣的隱身或迴避策略？

隱身或迴避後，對自己帶來怎樣的影響？

哪些因素影響你對健康照顧體系從業人員的現身或隱身？

你比較期待健康照顧人員在你現身後怎樣對待你？

同志所需的健康照顧資訊

在認同自己為男同志後，你曾需要過哪些健康資訊？
你如何獲得這些你所需的健康資訊？

愛滋篩檢經驗

曾有過愛滋篩檢經驗者

從事愛滋篩檢的理由？

愛滋篩檢經驗。

愛滋篩檢可以有怎樣的改進空間？

未曾有愛滋篩檢經驗者

對愛滋篩檢經驗的想像與了解。

基於甚麼理由，未曾從事愛滋篩檢？

就你的瞭解，你認為愛滋篩檢可以有怎樣的改進空間？

性病治療（或其他相關經驗）

是在怎樣的狀況下接受性病相關治療？

治療的過程發生了那些令你印象深刻的事嗎？

你認為性病治療還可以有怎樣的改進空間？

整體檢視健康照顧體系對於同志的友善程度

整體而言，就身為男同志的你而言，你會給予健康照顧體系怎樣的評價與回饋？

何謂對同志友善的健康照顧體系（從業人員）？

現今健康照顧體系（從業人員）對同志有著怎樣的態度？

哪些因素影響健康照顧體系（從業人員）對同志的態度或照顧品質？

健康照顧體系（從業人員）怎樣做，才可改善對同志的友善程度與照顧？

哪些領域的健康照顧體系與男同志比較相關？

你認為同志在健康照顧體系中有著怎樣的處境或困境？

造成這些狀況的可能因素為何？

你曾用怎樣的方式使健康照顧人員能對同志議題比較友善？

這種行動帶來什麼效果？

「男同志健康照顧體系使用經驗」訪談大綱（定稿）

第一次在健康照顧體系的現身經驗

你是在怎樣的狀況下，第一次告知健康照顧體系人員你的同志身分？
對方知悉你的同志身分後，對方有怎樣的回應或做了哪些事情？
這與你生平第一次對他人現身的經驗有怎樣的的不同？
這經驗對你有怎樣的影響？

之後在健康照顧體系的現身經驗

你之後欲在健康照顧體系現身前，會以哪些方式評估對方對同志的友善程度？
你之後以哪些方式告知健康照顧體系從業人員你的同志身分？理由為何？
當對方知悉你的同志身分後，對方有怎樣的回應？對方的回應是否友善？
當你偕同伴侶進入健康照顧體系時，發生了什麼事情？

在不同健康照顧體系領域的現身經驗

你是否有其他在不同健康照顧體系領域現身的經驗？
在不同領域現身時，你是否會用不同方式評估對方對同志的友善程度？理由為何？
請說說你印象最深刻（好或壞）的現身經驗。

不須或不願現身的狀況

在健康照顧體系中，有哪些狀況不需要現身？
哪些狀況是你認為有必要現身，卻不想現身？
哪些因素影響你對健康照顧體系從業人員的現身或隱身？
你比較期待健康照顧人員在你現身後怎樣對待你？

同志所需的健康照顧資訊

在認同自己為男同志後，你曾需要過哪些健康資訊？
你如何獲得這些你所需的健康資訊？

整體檢視健康照顧體系對於同志的友善程度

整體而言，就身為男同志的你而言，你會給予健康照顧體系怎樣的評價與回饋？
哪些領域的健康照顧體系與男同志比較相關？
你認為同志在健康照顧體系中有著怎樣的處境或困境？
你曾用怎樣的方式使健康照顧人員能對同志議題比較友善？

附錄四：訪談同意書

「女男同志健康照顧體系的使用經驗」參與訪談同意書

您好！感謝您參與本研究。

本研究為國家科學委員會計畫案，計畫題目為「女男同志健康照顧體系的使用經驗」（計畫編號 NSC 101-2629-H-031-001）。

一、目的及過程

雖過往歐美已有不少研究探討同志在面對健康照護體系及人員的經驗，但卻沒有臺灣本土的實證研究，使臺灣健康照顧體系與人員無法提供適當健康照顧服務給女男同志。因此，研究者想進行一份採用質性研究方式，探看女男同志在健康照顧體系中的經驗，以增加臺灣對此現象的在地化了解。

您的經驗及看法，無所謂對錯，是本研究最寶貴的資料，請您自在地分享。

訪談中為避免資料遺漏或錯誤解讀，懇請您允許我進行錄音與筆記。

訪談時間約為兩到三小時左右。

訪談結束後，您會得到車馬費，以感謝您的出席與指教。

二、保密

您所有回答會被完全保密。在沒有您的同意下，您的資料絕不會洩漏給任何人或單位。

研究資料呈現時，所有可能界定您個人身份的細節與內容均以化名方式處理。

訪談中所蒐集的一切訪談資料及錄音，亦均僅供本研究使用。

研究結束後，除經您同意，否則將銷毀一切有關您的個人資料及錄音。

三、您的權利

訪談中，若對訪談問題及其他事項有任何疑問、或覺不舒服之處，還請您不吝指正，並要求研究人員提供詳盡說明。

您對訪談保有「拒絕回答與陳述、要求停止錄音、及隨時終止訪談」的權利。

訪談後，如有任何疑問、意見或指正，歡迎用電話或電子郵件與我們聯絡。

敬祝 事事平安與順心！

東吳大學社會工作學系
專任助理教授 鍾道詮 敬上
行政電話：(02)2881-9471#6367
手機：0922-164248
電子郵件信箱：dcchung@scu.edu.tw

如果您讀完上述文字後願意接受訪談，麻煩您簽署同意書（小名或代號亦可）。

最後再一次地感謝您的同意參與！

我已瞭解本同意書內容，並同意參與此研究。我將保留一份同意書副本。

受訪者簽名（小名或代號亦可）：_____

研究者簽名：_____

日期：_____年_____月_____日。

附錄五：受訪者基本資料表

「男同志健康照顧體系使用經驗」受訪者基本資料表

出生年份： _____

生理性別：男、女、男跨女、女跨男、其他 _____。

您的身分認同：同性戀、異性戀、雙性戀、跨性別、其他 _____。

最高學歷：國小或國初中、高中職、專科（二、三或五專）、大學及技術學院、碩、博士。

居住地區：北部、中部、南部、東部、其他 _____。

發現喜歡同性的年紀：約_____歲時。

確認同志身分認同的年紀：約_____歲時。

第一次向他人現身的年紀：約_____歲時。

你親朋好友中，約多少人知道你的性少數身分：

0-20%、21-40%、41-60%、61-80%、81-100%。

你現在的情感關係狀況：

- 單身、有男朋友（一對一關係）、有男朋友（開放性關係）、有多段伴侶關係、
多重伴侶關係、有異性伴侶、但沒同性伴侶、有異性伴侶、亦有同性伴侶、
其他 _____。

你是否曾因自我認同的困惑，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因為同志身分引發的憂鬱狀況，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因同志身分，自我傷害、自殘或自殺過，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因向他人現身後的情緒，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因現身後與他人的緊張關係，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因同志感情關係議題，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因為同志友人過世，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因同志伴侶間的親密關係暴力，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因其他人對你的暴力傷害（起因於你是同志），使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾因娛樂性藥物使用帶來的副作用，使用過健康照顧體系？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾開過刀？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾住過院？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾做過愛滋病毒篩檢？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾接受過性病相關治療？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定
你是否曾有偕同同性伴侶進入健康照顧體系的經驗？	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 不確定

行政院國家科學委員會補助國內專家學者出席國際學術會議報告

103 年 04 月 30 日

附件三

報告人姓名	鍾道詮	服務機構及職稱	東吳大學社會工作學系助理教授
時間	18-23/11/2013	本會核定	
會議地點	Bangkok, 曼谷	補助文號	
會議名稱	(中文)第十一屆亞太愛滋會議 (英文)The 11th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP 2013)		
發表演文題目	(中文)台灣男同志無套肛交現況調查 (英文)A survey on gay men' unprotected anal intercourses in Taiwan		
壹、參加會議經過 這次除張貼我的海報報告外，則參加「愛滋及相關行為的犯罪化與除罪化」、「健康照顧體系」與「促進愛滋感染者成為倡權運動主角」等議題討論的場次，為自己未來的研究發展方向奠基。 我這份心得則以「愛滋及相關行為的犯罪化與除罪化」為主，整理我參加相關場次後的整理與心得。			

一、整理

(一) 罪犯化帶來的後果

1. 被犯罪化的高危社群常是愛滋感染率偏高的一群。
2. 犯罪化常使高危社群無法接觸適當服務或資源。
3. 愛滋的犯罪化將使資源集中於追捕犯罪行為，而非進行教育與宣導。
4. 愛滋的犯罪化也將使法律成為高危社群的制裁者，而非保護者。
5. 將同性性行為、藥物施用犯罪化，會間接傷害女性與兒童。
6. 犯罪化對愛滋防治只會帶來反效果，畢竟建立在恐懼訴求上的愛滋防治政策，將只會增加了風險、煽動了暴力與虐待、並誘發更多的愛滋病毒感染案例。

(二) 除罪化的運動策略與建議

1. 策略性的訴訟。
2. 積極訓練友善律師對愛滋議題的熟悉度。
3. 提供法律與社會服務給被犯罪化社群。
4. 與立法委員或縣市議員保持某種合作關係。
5. 引進國際法規與案例。
6. 本土相關侵權案例的建立、累積與記錄。
7. 法規制訂得奠基於事實與證據，而非價值觀與意識型態。

(三) 觀念改革的相關建議

1. 以多層次與面向的策略手法從事倡權運動或媒體動員。
2. 鼓勵感染者或高危社群積極參與相關運動。
3. 在社會上引發相關議題討論，不要讓相關議題被沈默與被忽略。
4. 提供相關經費贊助時，得注意受贊助單位或方案是否進一步促使犯罪化行動加劇。
5. 任何一項方案或活動都得奠基於人權與平等觀念。
6. 在評估相關方案或活動時，人權指標得被含括。

(四) 法律改革的建議

1. 法律改革是時間緊湊、耗費人力、法律與政治層面複雜的一項工程。
2. 與民意代表、法院體系工作人員、律師或相關法律民間組織建立關係，則非常有意義。
3. 相關社群成員則得知道其自身相關權益。
4. 相關社群內部對法律改革目標要有共識。
5. 案例的建立與累積。

貳、與會心得

雖然在還沒有參加會議之前，由於過往的工作經驗，我就已經明顯感受到將相關族群或行為的犯罪化其實對愛滋防治或宣導只可能帶來大量的負面效果，但卻缺乏適度的理論根基與依據。但在這五天參與相關討論活動後，我除了藉由其他學者（不單單只是法律背景的學者）的理論分享之外獲得許多，亦從不少在此領域工作的實務工作者工作經驗中獲得更深刻地體驗與感受，例如前述犯罪化的運動策略與建議則是眾多實務工作者一起討論後所發展出的智慧結晶。

這些經驗分享也讓我有機會檢視我在台灣的工作經驗與學術累積，我發現到我可以繼續從事「本土相關侵權案例的建立、累積與記錄」，尤其是目前為止仍被視為違法的娛樂性用藥施用此議題。

我之前有一份疾管局（現今的疾管署）委託研究案讓我了解到：施用娛樂性用藥的男同志在這過程中其實有很大程度是清楚知道娛樂性用藥的愉悅與風險處，而他們也用了不少策略以降低相關行為可能引發出的風險。但由於與娛樂性用藥施用的被犯罪化使得這些施用娛樂性用藥的男同志在有意願尋求協助的狀況下，由於擔心被起訴而常常只好運用其他非正式資源處理這些議題。

順著上述這份研究案，及這次在曼谷的經驗，我則開始思考與想要了解：那麼在台灣，那些因為娛樂性用藥施用而被法律制裁的人，經歷了那些事情、有著怎樣的轉變，以呼應其他國家實務工作者關於「侵權案例的建立、累積與記錄」的呼籲。我也於去年底，以此主題向科技部申請下個學年度的研究案。

這則是我參與此次國際會議之後，最大的收穫與啟發。

科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2014/04/30

科技部補助計畫	計畫名稱: 女男同志健康照顧體系的使用經驗 (GM01)
	計畫主持人: 鍾道詮
	計畫編號: 101-2629-H-031-001- 學門領域: 社會工作
無研發成果推廣資料	

101 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：鍾道詮		計畫編號：101-2629-H-031-001-					
計畫名稱：女男同志健康照顧體系的使用經驗 (GM01)							
成果項目		量化			單位	備註 (質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等)	
		實際已達成數 (被接受或已發表)	預期總達成數 (含實際已達成數)	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	1	1	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力 (本國籍)	碩士生	1	1	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		章/本
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力 (外國籍)	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		

<p>其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)</p>	<p>continuing</p>
--	-------------------

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

科技部補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）