

# 科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置(A05)

計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 103-2629-H-016-001-  
執行期間：103年08月01日至104年08月31日  
執行單位：國防醫學院醫學系

計畫主持人：王志嘉  
共同主持人：黃淑玲、傅中珮

處理方式：

1. 公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢
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 104 年 10 月 25 日

中文摘要：於本計畫開始執行後，首先透過10餘場次，包括：學校（醫學院系、法律系）、職場（醫院、基層醫療、法官學院）以及社區（婦女會、性別研討會）等，以實際性別案例為導向式的方式進行教學，找出醫療職場常見的性別議題，透過三次的「溝通關懷調解的討論會」以及「性別與教育專家諮詢會議」，針對醫療職場常見的議題做討論，形成共識。在討論的過程中發現，單就「性騷擾」議題的討論，即發現具有多重面向要處理，也需要整合各專業領域（性別、倫理、法律、人文、教育等）以及各界觀點（醫界、法界、民眾、病人、家屬等），故與會專家咸認為一年的時間無法完成，除建議申請延續性計畫，也建議調整本103年計畫的研究方向，先找出醫療職場常見的性別議題，予以形成初步共識。

考量實際執行情況以及專家建議，發現醫療職場的性別議題爭議不小，而所召開的醫學相關的性別案例，更涉及醫學倫理、法律、人文、以及教育等議題，非單獨以性別爭點之討論即能解決，故計畫執行過程，即已確定再申請2年期的性別與科技研究計畫，將本年度的研究計畫為尋找與聚焦醫療職場的性別議題、推動醫療職場性別教育、以及形成專家與醫界共識，故在歷經三次的性別與專家會議後，於104年5月28日召開「性別與健康種子工作坊暨專家共識會議」，做為本計畫的成果，同時也順利完成文章的發表。

由於延續性的計畫，已於104年7月獲得通過（104年8月1日至106年7月31日），題目為「建構以性別相關案例為導向，整合醫學倫理、法律、性別、人文面向之醫學教育教科書之研發（A05）」，計畫編號：104-2629-H-016 -001 -MY2。故本計畫的完整結案報告，將於三年計畫完成時呈現，併旨敘明。此外，也將原本預計完成醫療職場性別議題與教育的章，於整體計畫完成時，改為出版醫療職場的性別教科書。

中文關鍵詞：性別意識、性別主流化、醫學教育、醫學倫理、案例導向學習

英文摘要：

英文關鍵詞：

# 科技部專題研究計畫成果報告撰寫格式

## 一、說明

科技部基於學術公開之立場，鼓勵一般專題研究計畫主持人發表其研究成果，但主持人對於研究成果之內容應負完全責任。計畫內容及研究成果如涉及專利或其他智慧財產權、違異現行醫藥衛生規範、影響公序良俗或政治社會安定等顧慮者，應事先通知科技部不宜將所繳交之成果報告蒐錄於學門成果報告彙編或公開查詢，以免造成無謂之困擾。另外，各學門在製作成果報告彙編時，將直接使用主持人提供的成果報告，因此主持人在繳交報告之前，應對內容詳細校對，以確定其正確性。

成果報告繳交之期限及種類（期中進度報告及期末報告），應依本部補助專題研究計畫作業要點及專題研究計畫經費核定清單之規定辦理。至報告內容之篇幅，期中進度報告以4至10頁為原則，並應忠實呈現截至繳交時之研究成果，期末報告不得少於10頁。

二、報告格式：依序為封面、目錄、中英文摘要及關鍵詞、報告內容、參考文獻、計畫成果自評、可供推廣之研發成果資料表、附錄。

(一)報告封面：請至本部網站（<http://web1.most.gov.tw>）線上製作（格式如附件一）。

(二)中、英文摘要及關鍵詞 (keywords)。

(三)報告內容：包括前言、研究目的、文獻探討、研究方法、結果與討論（含結論與建議）等。

(四)計畫成果自評部分：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（簡要敘述成果是否有嚴重損及公共利益之發現）或其他有關價值等，作一綜合評估，並請至本部網站線上製作（格式如附件二）。

(五)頁碼編寫：請對摘要及目錄部分用羅馬字 I、II、III.....標在每頁下方中央；報告內容至附錄部分請以阿拉伯數字 1.2.3.....順序標在每頁下方中央。

(六)附表及附圖可列在文中或參考文獻之後，各表、圖請說明內容。

(七)可供推廣之研發成果資料表：

1.研究計畫所產生之研發成果，應至科技部科技研發成果資訊系統（STRIKE 系統，<http://ap0569.most.gov.tw/strike/homepageIndex.do>）填列研發成果資料表（如附件三），循執行機構行政程序，由研發成果推廣單位（如技轉中心）線上繳交送出。

2.每項研發成果填寫一份。

(八)若該計畫已有論文發表者(須於論文致謝部分註明補助計畫編號)，得作為成果報告內容或附錄，並請註明發表刊物名稱、卷期及出版日期。若有與執行本計畫相關之著作、專利、技術報告、或學生畢業論文等，請在參考文獻內註明之。

(九)該計畫若列屬國際合作研究，應將雙方互訪及合作研究情況、共同研究成果及是否持續雙方合作等，於報告中重點式敘明。

三、計畫中獲補助國外差旅費，出國進行國際合作與移地研究、出席國際學術會議者，每次均須依規定分別撰寫出國心得報告（其中，出席國際學術會議者須另附發表之論文全文或摘要，但受邀專題演講或擔任會議主持人者不在此限），並至本部網站線上繳交電子檔，出國心得報告格式如附件四、五。

四、計畫中獲補助國外學者來臺費用，每次均須分別撰寫國外學者來臺訪問成果報告，並至本部網站線上繳交電子檔，報告格式如附件六。

#### 五、報告編排注意事項

(一)版面設定：A4 紙，即長 29.7 公分，寬 21 公分。

(二)格式：中文打字規格為每行繕打（行間不另留間距），英文打字規格為 Single Space。

(三)字體：以中英文撰寫均可。英文使用 Times New Roman Font，中文使用標楷體，字體大小以 12 號為主。

## 科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/期末報告)

醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置

(A05)

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST 103-2629-H-016-001-

執行期間：103 年 8 月 1 日至 104 年 8 月 31 日

執行機構及系所：國防醫學院醫學系家庭醫學科

計畫主持人：王志嘉

共同主持人：黃淑玲、傅中珮

計畫參與人員：陳玲君、郭青菽

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 0 份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

期末報告處理方式：

1. 公開方式：

非列管計畫亦不具下列情形，立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權，一年二年後可公開查詢

2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否 是

3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考 否 是，衛福部（請列舉提供之單位；本部不經審議，依勾選逕予轉送）

中 華 民 國 1 0 4 年 1 0 月 2 5 日

## 摘要

於本計畫開始執行後，首先透過 10 餘場次，包括：學校（醫學院系、法律系）、職場（醫院、基層醫療、法官學院）以及社區（婦女會、性別研討會）等，以實際性別案例為導向式的方式進行教學，找出醫療職場常見的性別議題，透過三次的「溝通關懷調解的討論會」以及「性別與教育專家諮詢會議」，針對醫療職場常見的議題做討論，形成共識。在討論的過程中發現，單就「性騷擾」議題的討論，即發現具有多重面向要處理，也需要整合各專業領域（性別、倫理、法律、人文、教育等）以及各界觀點（醫界、法界、民眾、病人、家屬等），故與會專家咸認為一年的時間無法完成，除建議申請延續性計畫，也建議調整本 103 年計畫的研究方向，先找出醫療職場常見的性別議題，予以形成初步共識。

考量實際執行情況以及專家建議，發現醫療職場的性別議題爭議不小，而所召開的醫學相關的性別案例，更涉及醫學倫理、法律、人文、以及教育等議題，非單獨以性別爭點之討論即能解決，故計畫執行過程，即已確定再申請 2 年期的性別與科技研究計畫，將本年度的研究計畫為尋找與聚焦醫療職場的性別議題、推動醫療職場性別教育、以及形成專家與醫界共識，故在歷經三次的性別與專家會議後，於 104 年 5 月 28 日召開「性別與健康種子工作坊暨專家共識會議」，做為本計畫的成果，同時也順利完成文章的發表。

由於延續性的計畫，已於 104 年 7 月獲得通過（104 年 8 月 1 日至 106 年 7 月 31 日），題目為「建構以性別相關案例為導向，整合醫學倫理、法律、性別、人文面向之醫學教育教科書之研發 (A05)」，計畫編號：104-2629-H-016 -001-MY2。故本計畫的完整結案報告，將於三年計畫完成時呈現，併旨敘明。此外，也將原本預計完成醫療職場性別議題與教育的章，於整體計畫完成時，改為出版醫療職場的性別教科書。

關鍵詞：性別意識、性別主流化、醫學教育、醫學倫理、案例導向學習

文章發表（預計一篇完成三篇）：

1. 王志嘉，醫療職場如何進行性別與健康案例討論教學，醫品雜誌，第 9 卷第 4 期，2015 年 7 月，頁 96-102。
2. 王志嘉，醫療職場的性別專業與性別科技創新，台灣醫界，第 58 卷第 2 期，2015 年 2 月，頁 30-33。
3. 王志嘉，性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私權維護的應用，家庭醫學與基層醫療，第 29 卷第 10 期，2014 年 10 月，頁 271 - 275。

## 前言

自 2005 年政府推動「性別主流化」，繼之衛生福利部配合政策推動「性別主流化」政策，將所實施之「畢業後一般醫學訓練計畫」以及公佈「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」，明訂醫師及其他各類醫事人員都必須接受「性別教育」以來，在醫療職場與醫學院衍生大規模、常規性的性別教學需求。然而，目前醫學界結合臨床實際案例或問題為導向的性別議題教科書不多，造成性別教學推動的困難。

因此，本研究擬採取「實際案例或問題導向」為基礎，整理相關「性別爭點」，結合「倫理、法律、醫病溝通、與醫療品質」的精神，以「正反思辯」的方式來探討性別爭點，最後提出「衡平與折衷」的意見，來建置一套性別教材。

## 研究計畫背景

自 1985 年在肯亞首都奈洛比(Nairobi)舉辦的第三屆世界婦女會議，提出「性別主流化」的概念後，該議題就持續受到聯合國各發展組織的關注。到了 1997 年，聯合國將「性別主流化」定義為：「係指在各個領域和各個層面上評估所有有計畫的行動（包括立法、政策、方案等）對男女雙方的不同含義。……。納入主流的最終目標，就是實現性別（男、女、性傾向、跨性別）平等。」

在我國，政府於 2005 年宣示推動「性別主流化」，督促政府各部門陸續推廣此一概念。立法院也於同年 2 月 5 日三讀通過「性騷擾防治法」，並自公布一年後實施，性別議題受到政府與社會普遍的重視，在此風潮下，對醫學界自然也產生重要的影響，包括：醫學院的性別教育、醫院的職場性別教育、醫學院、醫療職場、臨床工作的性別議題，甚至也影響了醫病關係，成為醫療爭議與醫療糾紛的導火線，甚至更影響的法院的判決。

在醫學界，衛生福利部（衛生署），從 2006 年開始推動「性別主流實施計畫」，執行方式，包括：舉辦性別意識課程、成立性別平等專案小組、執行性別統計分析（如避孕與人工流產比例）、制定具性別意識的健康政策，提昇女性身體及性自主權，避免性病及非自主的懷孕，而且健保決策及資源分配則考慮性別平衡，性別議題成為「醫療職場」關心的議題之一。

在醫師繼續教育部分，2003 年依據醫師法授權實施的「醫師執業登記及繼續教育辦法」，歷經修正於第 8 條明訂：「醫師執業，應每六年接受下列繼續教育之課程積分達一八〇點以上：一、醫學課程。二、醫學倫理。三、醫療相關法規。四、醫療品質。前項第二款至第四款繼續教育課程之積分數，合計至少應達十八點，超過十八點者以十八點計；且其中應包括感染管制及性別議題之課程。」此外，衛生福利部於 2007 年的畢業後「一般醫學訓練計畫」，更明定基本課程中的「倫理與法律課程」至少需要接受 2 小時的性別相關議題。近年來，更將性別教

育，擴大到所有的醫事人員，於 102 年衛生福利部依據各醫事人員法規的授權，公布並實施「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」，第 13 條明訂：「醫師執業，應每六年接受下列繼續教育之課程積分達一八〇點以上；其他類醫事人員執業，應每六年接受下列繼續教育之課程積分達一五〇點以上：一、專業課程。二、專業品質。三、專業倫理。四、專業相關法規。前項第二款至第四款繼續教育課程之積分數，於醫師合計至少應達十八點，其中應包括感染管制及性別議題之課程；超過三十六點者，以三十六點計。前項第三款、第四款繼續教育課程之積分數，於其他類醫事人員合計至少應達十五點，其中應包括感染管制及性別議題之課程；超過三十點者，以三十點計」。性別教育在醫學界受到前所未有的重視。

綜上，性別議題在醫學界的發展，不論從醫學教育或是醫療職場角度，都具有非常重要的角色，特別是所有醫事人員，無論在換發專業證照，或是畢業後一般醫學訓練課程，都必接受「性別教育」的規定，更是讓性別議題成為醫事人員普遍的常識，從醫病關係的角度，立意良善且應該推動。在此思潮下，不可避免的必然衍生出大量的性別師資與教材的需求，由於國內醫學界對此議題甚為陌生，在 2007 年將性別議題納入「一般醫學訓練計畫」的推動後，為使性別教育能夠順暢，雖於同年出版了「性別與健康教學指引」的教科書。然而，由於性別授課的常態性，師資的需求是大量的，且能在臨床工作中實際教學為佳，故性別師資與性別教材的需求遠超出想像。即便，國內性別學者已努力了 10 餘年，在台灣國家婦女館成立了「性別專家學者人才庫」，且由全國各醫學院輪流主辦的「性別與健康研討會」已有 12 屆，但在師資上仍有所欠缺，在性別教材上更是有所不足。因此，如何在性別學者已奠定的基礎下，繼續培養醫療領域的性別師資與教材，就顯得非常重要。

主持人，從 2007 年配合衛生福利部「一般醫學訓練計劃」的政策，即開始教授性別課程，也於 2010 年、2012 年成為教育部性別平等教育「舊版」與「新版」實務領域師資，歷經性別教學已六年餘，雖累積一點點的教學經驗，且努力發表數篇性別相關領域的文章於醫學與法學雜誌，但仍有感於性別議題之爭議與性別教材之不足。兩位共同主持人，在醫學院或醫療場域亦有豐富的性別與健康的教學、研究及政策實務經驗，但同樣深感教材缺乏有損教學成效。因此，為使性別教育能夠順暢，性別議題能夠更精準掌握，本研究擬在先前教學經驗、各類學者已發表文章的基礎下，結合醫療職場，並邀請學有專精的性別學者，共同研發性別教材，使醫療職場的性別教學更趨順暢，成為醫界普遍的常識，使每位醫事人員都有機會培養性別敏感度，促進醫療職場與醫病和諧。

## 研究計畫目的

1. 收集醫療職場與臨床工作常見性別議題，找出醫療職場與臨床工作具有重要性



之性別議題。

2. 整理醫療職場與臨床工作常見性別議題之爭點，找出相關文獻進行正反爭點整理，提升醫療職場與臨床工作對性別議題之敏感度。
3. 將醫療職場與臨床工作常見性別案例與正反爭點，進行小組討論，專家會議，以及關懷調解角色扮演模式，得出衡平方案，建構醫療職場與臨床工作之性別教材初稿。
4. 將所建構之性別教材初稿，發表文章，實際用於教學，徵詢性別專家意見，提出修正意見，建構確定版之性別教材。

## 研究計畫原創性

由於性別教育，已成為醫學院學生與醫療職場各類醫事人員必備常識，國內的性別教育雖有諸多學有專精的性別學者建立良好的基礎，也有諸多豐富的研究計劃與著作，但大多集中於人文社會科學領域。在性別與健康議題的研究上，醫護背景與人文社會科學的學者的研究成果亦相當豐富，然而有關醫學倫理與醫療法律的性別教材則仍屬鳳毛麟角。

在醫療實務上，最廣為各類醫事人員所使用的教材為 2007 年財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會所出版的「性別與健康教學指引」一書，全文共計 12 篇 84 頁，在數量上與篇幅上仍顯不足，似無法應付且常態性的醫療實務教學需求。

另外，由於性別議題收集不易且爭議性仍大，醫策會性別教材的編輯方式也不像其他所出版的教材，如醫療法律入門—案例導向教學討論（劉宜廉、王志嘉主編）、病歷相關法律議題—案例解析等，係以「案例或問題導向教學討論方式」的編輯，使得性別議題的教學仍顯抽象，無法與醫療實務結合。為改善此困境，醫策會於 2008 年找尋實際教學的臨床醫師，欲編輯第二本以「案例或問題為導向」的性別教材（畢業後一般醫學訓練執行輔導計畫「性別與健康」課程教材規劃會議，文號：醫一字第 971402 號，發文日期 97 年 6 月 6 日），惟因性別議題爭議仍大，導致該書難產。

因此，為因應性別與健康議題在醫療職場與醫學院教學的順暢，本研究擬以主持人過去 6 年餘實際的教學經驗、以及曾發表於醫學與法學雜誌的文章為基礎，結合學有專精的性別學者，由台灣國家婦女館的性別專家學者資料庫、教育部新版的性別師資人才庫、以及性別研究所相關師資中尋覓師資，共同為建置性別教材而努力。

本研究將採取「案例或問題為導向」為基礎，整理「性別爭點」，並結合「倫理、法律、醫病溝通、與醫療品質」的精神，以「正反思辯」的方式編纂，最後提出「衡平與折衷」的意見，來完成此教材的建置。如此研究計劃能順利通過與完成，預計有如下原創特色：

1. 首本具有以「案例或問題為導向」為基礎的教材。
2. 將性別議題融入醫療實務的臨床情境，並結合倫理、法律、醫病溝通、與醫療品質等精神。
3. 有別於一般倫理法律、醫病溝通、醫療品質或性別教材，於爭點討論會涵蓋性別議題的正方、反方爭議，並將之整合為「衡平與折衷」的意見。
4. 將「溝通調解關懷模式」的精神，融入教材，使各職類醫事人員更具有同理心與瞭解不同性別間的性別差異。

## 研究方法與步驟

本研究將依序分成以下幾個步驟進行：

1. 收集醫學教育與醫療職場常見的性別議題。

在醫學教育與醫療職場上，存在的「性別議題」極其繁多，基本上可從「環境」與「人際互動」的面向觀察。就「環境」而言，包括：醫療體系（如法規或政策是否合理）、醫療機構與環境（如公廁、生產哺乳、乳房檢查等環境設計）；就「人際互動」而言，包括：醫事人員（如醫療性別分工是否合理、男女醫師對病人的影響、職場性騷擾）、醫病關係（如性別與溝通、性別與醫療糾紛、生育自主權）、以及病人家屬間（如家庭暴力）等。本研究首先將蒐集醫學教育與醫療職場所呈現「常見的」、「有意義的」、以及「具體的」性別問題或案例，並參考國內外文獻所發生或討論的案例，將其分門別類，為初步教案的建置打下基礎。

2. 著手建構與形成初步教案，並提出該教案性別、倫理與法律之爭點。

再蒐集醫學教育、醫療職場與國內外文獻所收集的性別問題或案例後，考量醫療職場特性，可分為醫事人員關係、醫病關係、以及病人與家屬關係，從主持人參與 10 餘年醫學倫理與法律的教學經驗觀察，預計教案內容應該包括：職場性騷擾（醫事人員關係）、性別與醫病溝通（醫病關係）、性別與醫療糾紛（醫病關係）、生育自主權（醫病關係）、以及家庭暴力暨相關診斷書開立（病人與家屬關係）等五大領域，故會優先將此五大領域所呈現的性別問題或案例，形成初步教案，同時整合與該教案相關倫理與法律爭點，成為具有以性別為主，並兼具醫學倫理、法律、與醫療品質的科際整合性教案。

由於社會的快速變遷，在性別與醫學、醫學倫理、以及醫療法律的教學，不僅著重在「性別意識」、「性別不平等」、以及「醫德」的培養的層次，更重要的是在「思辯過程」、「解決問題」、以及「培養同理心」等層次，故本研究對於「性少數」的議題，勢必無法迴避，故本教材之研發，將額外增加「性少數」議題的教案，內容將以同性伴侶間的「多元成家方案」、或「代理孕母」等相關性別、倫理、與法律議題切入。關於此部分，將參酌民間性別平等專家黃志中的建議，預計將多

元性別議題放到與「醫病溝通」相關的部份，如此不僅可提升各類醫事人員的性別敏感度，更能培養同理心與做好醫病溝通。

此外，在性別基本教材，以及性少數教材如同性伴侶間的「多元成家方案」順利建置後，如行有餘更進一步處理「跨性別者」、「新移民女性」等性少數議題，使「性別與醫學」領域的教材建置更趨完整性，成為普遍為醫界接受的性別教材。

### 3. 將初步教案問題或案例所呈現的爭點 (issues) 進行國內外文獻回顧，並提出正反方意見。

性別議題之所以爭議，在於兩性之間很難以同理與溝通的方式去設想對方的情形，故在學說上往往會出現立場相左的情形，在教材研發時，有必要先將各自立場分別整理，才有可能去同理對方的立場。以生育自主權的「成年人或未成年人孕婦墮胎」為例，在醫療職場上至少呈現五個性別爭點，包括：「生育自主權與胎兒生存權的衝突」、「法定代理人的必要性」、「配偶同意權的必要性」、「強制諮商與強制思考的必要性與方式」、「醫師可否因己價值觀或宗教信仰影響病人」等。其中就「生育自主權與胎兒生存權的衝突」的議題，在女性主義團體與宗教團體，所持的立場就是完全對立的。故在初步教案形成時，如能將正反方性別爭議提出，將可提供不同立場的性別觀點對話與溝通的基礎。

### 4. 將初步教案於公開學術場合、常規教學徵詢相關人士意見，找出初步教案的問題以利進行修正。

具體方法，係透過主持人到各醫院、各醫學會、各類醫事人員公會等進行的專題演講（每年約 10 餘場）、各類醫學人文研習會及性別與健康研討會、國防醫學院師資發展中心 (CFD) 教學資源組下之醫學倫理與法律小組之委員與相關學術研討會的討論、以及各醫院畢業後一般醫學訓練醫學倫理與法律課程的「性別教學」等場合，於初步教案試教時，找出教案在適用上的障礙以利修正。

### 5. 以日本「溝通關懷調解技巧」，採「角色扮演」模式，對性別教案提出 IPI 根本原因分析，整合與衡平兩性間對於性別的歧見，將初步教案完整化。

調解，是醫療訴訟替代解決模式(ADR)常用的手段，在醫療與法界實務上行之有年。目前不論是醫院、醫師公會、衛生局以及法院等都有在進行，惟現行的調解制度，均帶有「評價」或「判斷」的色彩。換言之，調解機制重在「論理」與「對錯」，強調的是責任與解決問題，學說上將此稱為「評價式」的調解。評價式調解，最大的缺點在於若醫療機構覺得沒錯，態度就會強硬，若自覺有理虧，姿態就會放軟，即便調解成功，對於醫病關係的修復與改善，有時並無太大的幫助，其重點在暫時的解決爭議。

因此，國內有醫師（李詩應、陳永綺、蔡秀男）引進日本的「促進式」關懷溝通調解制度，其

相較於過去的「評價式」的調解制度是有所不同的。「促進式」的關懷溝通調解，其精神在於建立醫病雙方共同信賴、公正、盡可能中立的「調解關懷員」，在醫療爭議的調處過程，提供醫病雙方溝通的平台、提供對話的機會，調解關懷員適時找出雙方的共同目標與共識，更重要的是找出醫病雙方真正的想法或欲望 (Interests, 簡稱 I)，目標是設定在重新建立與修復醫病雙方破壞的關係。

關懷溝通調解制度，雖用於醫療爭議與糾紛，惟實際上其關懷溝通調解的精神與內涵，對於性別教材的研發，有莫大的助益。因為，性別議題往往兩性之間是有歧見的，透過溝通關懷員扮演第三者中立客觀的角色，可以將男女雙方對性別議題或案例所成現的爭議 (Issues, 簡稱 I) 以及男女雙方所持相左的立場 (positions, 簡稱 P) 讓男女雙方其盡情發揮，然後訓練有素的關懷員，找出其中的共通點，以及雙方內心真實的想法或欲望 (Interests, 簡稱 I)，達成共識，此稱為 IPI 根本原因分析。此溝通關懷調解制度，正好是性別教材研發必須的過程，因為，男女雙方對於性別議題的歧異，透過實際的角色扮演，融入情境後才能瞭解期內心真實的想法或欲望 (I)，然後關懷員居間找出雙方內心真實的想法或欲望 (I)，扮演折衷與協調的角色，才有辦法使性別爭議達成共識，達成男女雙方可以接受的版本，不僅可以培養性別意識，更有助於性別合作與性別平等之建立。

由於主持人，係家庭醫學科醫師，熟悉生物、心理、與社會模式，擅長同理心的技巧與教學應用，以及去年完成台北市衛生局的「促進溝通調解與衝突管理」課程，成為國內首批 40 餘位完成受訓者。並甫於今年受日本醫療關懷協會 (JAHM) 認證，於國內成立的台灣醫病和諧推廣協會 (TAHM) 中，獲選擔任第一屆常務理事，實際參與溝通關懷員培訓工作，故將於每年與衛生局或協會自行舉辦的「促進溝通調解與衝突管理」課程，從參與學員的角色扮演中，於公開場合不記名的方式，收集相關資料。（按角色扮演主要是三人一組，分別為醫方、病方、及關懷員，該訓練共計四場，角色會互換，訓練學員進行 IPI 分析，於討論時在白板上進行分析。）

6. 召開「性別專家諮詢會議」，提供性別意見修訂教材內容，整合專家意見提出確定教案版本。

將經過「公開學術場合」或透過「溝通關懷調解技巧」過程，審視所完成的初步性別教案後，將召開「性別專家諮詢會議」，預計找二位男性與二位女性之性別專家，連同主持人、共同主持人男女各一位，共計三位男性與三位女性，共同討論性別教材的性別觀點，提供整合與衡平的意見，成為在醫療職場普遍能接受的

性別教材。

7. 將「性別專家諮詢會議」定稿的教案，邀請各職類醫事人員種子師資對此教案進行評值，並提出相關臨床專業意見。

將「性別專家諮詢會議」審定後的教案，從醫師、中醫師、牙醫師、護理師、護士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫事放射師、醫事放射士、營養師、助產師、助產士、心理師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師及牙體技術生等領有專門職業執照需要定期接受性別教育的各類醫事人員中，找尋 8 位實際擔任臨床教學工作的（種子）師資針對教案進行評值，提出相關意見。

8. 整合性別與臨床專家對教案之意見，成為性別教材的確定版本。如有必要將召開第二次「性別專家諮詢會議」，使性別教材更具周延性。

將「性別專家諮詢會議」審定後的教案，經過各類研討會試教或經過各類醫事人員（種子）師資針對教材進行評值的教材，提出整合性修正意見，使教材更具周延性。如有必要時，將召開第二次「性別專家會議」以尋求共識。

9. 將確定版本之教案發表為文章或出書，成為醫學教育與醫療職場的性別教材，並提升性別敏感度。

性別教材研發之最終目的，在於教材之出版，同時能對醫療職場各類醫事人員產生助益，不僅具有性別知識，更希冀能產生性別意識，造成醫療職場的性別和諧與醫病雙贏。

## 研究過程與結果

1. 第一次性別與醫學教育專家諮詢會議：103 年 12 月 19 日，於女權會/女人連線會議室進行。

2. 第二次性別與醫學教育專家諮詢會議：104 年 2 月 10 日，於三軍總醫院家醫科 201 會議室進行。

3. 第三次性別與醫學教育專家諮詢會議：104 年 3 月 20 日，於台大醫學院醫學人文博物館 219 圖書討論室進行。

4. 第四次性別與健康種子工作坊暨專家共識會議：104 年 5 月 28 日，於三軍總醫院 B1 會議室第一演講廳進行。

5. 四次會議討論性別案例內容，共計六案例。

上述研究過程（含照片）與結論一一說明於下：

**『 性 別 與 醫 學 教 育 專 家 』 會 議 記 錄**

時間	103/12/19	與會人員	黃淑玲、王志嘉、黃淑英、林靜儀、蔡宛芬、蔡甫昌、陳玲君 (共7人)		
		請假			
		缺席			
本次記錄		陳玲君		下次記錄	陳玲君

**本次會議程序：**

- 一、 『醫病之間性騷擾案』 討論
- 二、 『愛滋病確診病人隱私第三人保護案』 討論
- 三、 『精障兒/智障兒終止生育力案』 討論
- 四、 會議結論
- 五、 臨時動議

**性騷擾的定義**

(一) 性別工作平等法(工平法)：有兩種情形：

1. 敵意工作環境型：受僱者於執行職務時，任何人以性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行為，對其造成敵意性、脅迫性或冒犯性之工作環境，致侵犯或干擾其人格尊嚴、人身自由或影響其工作表現。

2. 交換條件型：雇主對受僱者或求職者，為明示或暗示之性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行為，作為勞務契約之成立、存續、變更或分發、配置、報酬、考績、升遷、降調、獎懲等之交換條件。

**註：性別工作平等法之性騷擾是規範職場之性騷擾。**

(二) 性別教育平等法(性平法)：

有兩種情形，且未達性侵害之程度者（所謂性侵害，係指性侵害犯罪防治法所稱性侵害犯罪之行為，即刑法§221 至§229 及第§233 條之犯罪行為）：

1.敵意環境型：以明示或暗示之方或，從事不受歡迎且具有性意味或性別歧視之言詞或行為，致影響他人人格尊嚴、學習、或工作之機會或表現者。

2.交換型：以性或性別有關之行為，作為自己或他人獲得、喪失或減損其學習或工作有關權益之條件者。

**註：性別教育平等法是規範校園性侵或性騷事件。**

(三) 性騷擾防治法(性防法)：

性侵害犯罪（所謂性侵害，係指性侵害犯罪防治法§2 所定之犯罪，即刑法§221 至§229 及§233 犯罪行為）以外，對他人實施違反其意願而與性或性別有關之行為，且有以下兩種情形之一者：

1.交換型：以該他人之順服或拒絕該行為，作為其獲得、喪失或減損與工作、教育、訓練、服務、計畫、活動有關權益之條件。

2.敵意環境型：以展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品之方式，或以歧視、侮辱之言行，或以他法，而有損害他人人格尊嚴，或造成使人心生畏怖、感受敵意或冒犯之情境，或不當影響其工作、教育、訓練、服務、計畫、活動或正常生活之進行。

**註：性騷擾防治法是規範一般場所之性騷擾。**

**三、性騷擾態樣**

(一) 性別工作平等法(工平法)：與職務有關之性騷擾。

(二) 性別教育平等法(性平法)：適用於校園性騷擾事件，即性騷擾事件之一方為學校校長、教師、職員、工友或學生，他方為學生者，包括發生於不同學校間之校園性騷擾事件。

(三) 性騷擾防治法(性防法)：性別工作平等法與性別平等教育法適用對象以外之其他態樣性騷擾行為，例如：受僱者於非執行職務期間遭受來自任何人之性騷擾、一般民眾間之性騷擾...等。

### 一、『醫病之間性騷擾案』討論

#### ➤ 醫事人員間的騷擾

1. 在「情境」下會產生：年紀、場所、時間上的問題。(蔡甫昌 教授)
2. 因出差過晚而需要住宿，產生「邀約」的口吻。(蔡宛芬 女人秘書長)
3. 性騷擾有時是看對方的語調與行為舉止。(黃淑玲 教授)
4. 做任何動作時，必須徵求對方同意，才可執行醫療行為。(林靜儀 主任)

#### ➤ 醫病之間的性騷擾

1. 某種程度上讓失智病人撫摸，我不同意這種說法。二次以上，家屬在旁一定要「告知」，再犯時即構成性騷擾。(黃淑英 前立委)
2. 明確告知「我不喜歡那樣子的動作」(蔡宛芬 女人秘書長)
3. 在必要時機時，終止醫病關係。(蔡甫昌 教授)

### 二、『愛滋病確診病人隱私第三人保護案』討論

1. 醫師沒有權利與義務不告知相關人員與主管機關，目前只能利用衛教師、個管師對感染者進行溝通衛教。(林靜儀 主任)
2. 法律目前只保護感染者，針對第三者還未有保障，而且有很多矛盾。(蔡甫昌 教授)
3. 要處理的人員是主管機關，而不是醫師的責任。(黃淑英 前立委)
4. 要用公權力強制檢驗 HIV 時，還要有其他的配套措施。(黃淑英 前立委)
5. 針扎除了愛滋外，其他如 B 肝檢查等，是不需要病人同意的。(林靜儀 主任)

### 三、『精障兒/智障兒終止生育力案』討論

1. 生殖、生育、性別上，在倫理上如何處理?(黃淑玲 教授)
2. 當病人與你哭訴需要後代時，你該如何處置這倫理問題?(林靜儀 主任)
3. 只有醫療法令還不夠，可以再找尋一些個案。(蔡甫昌 教授)
4. 結紮和結婚無關，結紮還是可以結婚的。(蔡宛芬 女人秘書長)
5. 當婆婆堅持外配必須生下精/智障兒時，醫生只能做到輔導原則，目前無法禁止。(林靜儀 主任)

### 四、會議結論

1. 每個個案都是很好的教學題材，建議多收集個案整理歸納，並依時間、場所、年紀做成討論教案。(蔡甫昌 教授)
2. 在寫案例時，清楚描述情境、背景等，來設計教案討論。(黃淑玲 教授)
3. 建立完整的故事性，讓老師來引導討論、延伸思考。亦可再納入同性戀議題。(林靜儀 主任)
4. 讓學生來討論，如果是發生在己身時，你會如何處理?(蔡甫昌 教授)

### 五、臨時動議:

(一)下次會議時間：104 年 02 月 10 日。

(二)下次會議主題：

- 1.
- 2.
3. 臨時動議





## 103 年科技部「性別與科技」研究計畫

### 醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置(A05)

#### 第二次性別與醫學教育專家諮詢會議

時間：104 年 2 月 10 日（五）下午 1 時 40 分至 3 時 40 分

地點：三軍總醫院醫療大樓二樓 健康管理中心會議室

主持人：三軍總醫院家庭醫學科 王志嘉醫師

#### 出席專家

##### 【院內】

鄭煒東主任：空軍總部軍醫組上校組長、前三軍總醫院松山分院放射科主任

曾雯綺主任：三軍總醫院護理部主任

##### 【院外】

##### 一、溝通關懷

李詩應醫師：西園醫院神經科主治醫師、前教學副院長；台灣醫病和諧推廣協會常務理事

陳永綺醫師：書田醫院小兒科主任、台灣醫病和諧推廣協會常務監事

##### 二、臨床實務

王宗倫教授：新光醫院急診部主任、輔仁大學醫學系教授（未出席）

張明真督導：新光醫院護理部督導

#### 討論主題

1. 醫療職場各類性騷擾類型、醫病溝通、與醫學教育重點
2. 智障兒終止生育力案之類型、醫療決策、與醫學教育重點

#### 備註

收費停車場：每小時 40 元。



## 103 年科技部「性別與科技」研究計畫

醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置(A05)

### 第三次性別與醫學教育專家諮詢會議

時間：104 年 3 月 20 日（五）中午 12 時 30 分至 2 時 30 分

地點：台大醫學院醫學人文博物館 219 圖書討論室（中山南路與仁愛路交叉口）

主持人：三軍總醫院家庭醫學科 王志嘉醫師

#### 出席專家

蔡甫昌 台大醫學院醫學教育暨生醫倫理學科教授兼主任

葉啟斌 兒童精神科主任、精神專科醫師、國防醫學系、東吳心理系副教授

吳佳璇 遠東聯合診所身心科專任主治醫師、精神專科醫師

莊豐賓 拜耳藥廠西醫學學術處醫藥顧問、泌尿專科醫師、部定助理教授

林欣柔 長庚大學醫務管理系助理教授、法學博士

穆淑琪 新光醫院小兒科主任、輔大醫學系副教授

#### 討論主題

1. 醫療職場常見的性別議題經驗分享
2. 智障兒、精障兒停止生育力案之類型與性別爭點
3. 智障兒、精障兒停止生育力案之類型的醫療決策、與醫學教育重點
4. 其他

備有午餐



## 103 年科技部「性別與科技」研究計畫

醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置(A05)

### 第四次性別與醫學教育專家諮詢會議暨座談會

時間：104 年 5 月 28 日（四）下午 15 時 40 分至 17 時 00 分

地點：三軍總醫院 B1 第一演講廳

主持人：通識教育中心 黃淑玲教授

三軍總醫院家庭醫學科 王志嘉醫師

#### 出席專家

黃淑英 全民監督健保聯盟召集人、前立委

林靜儀 中山醫學大學婦產科主治醫師兼主任

蕭美君 詠美身心診所院長、部定助理教授、前長庚醫院精神科主任

康淑華 台北市婦女救援基金會執行長、家暴及目睹兒權威

#### 討論主題

1. 醫療職場常見的性別議題經驗分享
2. 「職場性騷擾」、「智障兒、精障兒停止生育力」、「生育自主權」、「目睹與家暴兒」案之類型與性別爭點
3. 「職場性騷擾」、「智障兒、精障兒停止生育力」、「生育自主權」、「目睹與家暴兒」案之類型的醫療決策、與醫學教育重點
4. 其他

## 【性別與健康種子工作坊暨專家共識會議議程】

時 間	議 程 內 容
12:30~13:00	報 到
13:00~13:50	<b>【專題演講】：</b> 醫療職場的性別專業、性別意識與醫病溝通（王志嘉醫師）
13:50~14:10	茶 敘
14:10~15:50 (90 分鐘)	<b>【小組討論案例與分組主持人】</b> A 組：「醫事人員間」、「醫對病」的職場性騷擾與醫病溝通（黃淑英理事長） B 組：「病對醫」的職場性騷擾與醫病關係（院內：曾念生醫師） C 組：精障兒輸精管結紮案（蕭美君醫師） D 組：唐氏症兒切除子宮案（院內：王志嘉醫師） E 組：孕婦生育自主權與胎兒生存權的衝突（林靜儀醫師） F 組：孕婦自主權與法定代理人、配偶同意權的衝突（院內：張芳維醫師）
15:40~17:00 (80 分鐘)	<b>【綜合討論、專家會議與總結】</b> 主持人：通識教育中心 黃淑玲教授、三軍總醫院 王志嘉醫師 與談專家 專家一：黃淑英理事長 專家二：林靜儀醫師 專家三：蕭美君醫師 專家四：康淑華執行長
17:00~	賦 歸







## 【案例一】「醫事人員間」、「醫對病」的職場性騷擾

### ● 醫事人員間的騷擾

1. 某主管指示下屬時，習慣性拍拍對方的肩膀是否構成性騷擾？
2. 某男性主管與女性下屬(女性主管與男性下屬)共同赴外地開會，會後因時間太晚，主管邀約到旅館住宿一晚，是否構成性騷擾？
3. 醫學系五年級男性於「OSCE 告知壞消息」測驗時，為展現同理心碰觸女性模擬病人肩膀與手，是否構成性騷擾？

## 【案例二】「病對醫」的職場性騷擾與醫病關係

### ● 病人騷擾醫護人員案

男性罹患失智的病人，因跌倒住院，某護理師換藥時，有一次病人「不經意」的觸碰到臀部，一次「不經意」的觸碰到胸部，護理師覺得病人是故意的，而向護理長反應，病人說不記得，家屬覺得病人是意識不清楚所致，應該如何處理？

### ● 病人家屬騷擾醫師案

某醫師因照護病人，遇到其女兒的騷擾，而引起醫病關係的緊張。請問是否可以將此病人轉給其他醫師？是否可以限制該病人家屬掛此主治醫師的門診？

### 【案例三】未成年人的醫療決策— 智障兒停止成長力

#### 枕頭天使 Ashley

美國小女孩艾希莉（Ashley）一出生，就患有罕見的腦部疾病而成為重度殘障，她無法說話行走，得靠插管餵食，智力也只等同 3 個月大的嬰兒。她的父母說，「把她放在哪兒，她就躺在哪兒，通常是枕頭上」，因此他們管她叫「枕頭天使」。

在艾希莉六歲的時候，開始出現發育徵兆，她的父母擔心艾希莉如果繼續長大，超過他們負荷，將來就無法抬動或照顧她。在和西雅圖兒童醫院醫師研究後，經過西雅圖兒童醫院的倫理委員會審查許可之後，於 2004 年 7 月，她的父母同意使用醫療手術讓 Ashley 的成長延緩至幾乎停止，這些術式包括：摘除艾希莉的子宮和剛發育的乳蕾，以阻止生育力與乳房發育，並以高劑量雌激素讓她的骨板加速閉合，以凍結她的骨骼發育，限制她的身高與體重成長。如此一來，艾希莉就會停止發育。

經過 2 年多的治療，艾希莉的體型成功地維持在六歲左右，艾希莉的身高體重，只有一百三十多公分和三十四公斤。當本案於 2006 年 10 月披露之後（艾希莉九歲左右），隨即引發了來自身心障礙者與各界人士的嚴重關心與爭議。

這樣的作法引起外界激烈的抨擊，有人認為父母不該貪圖自己便利而阻斷了孩子將來發展的可能；或是質疑這是艾希莉想要的嗎？宗教團體則批評艾希莉的父母濫用優生學而干預自然。但艾希莉的父母則強調這一切都是為了帶給艾希莉更好的居家照護，維持較小的體型便可以把她抱在懷裡，也可以搬動她，帶她四處旅行。艾希莉的主治醫師也指出照顧有永久性發展障礙的病童既辛苦又吃力，隨著病童體型變大，照護工作將日益困難，這其間的煎熬不是一般人所能體會的。

## 【案例四】未成年人的醫療決策— 智障兒停止生育力

### 【一】智障兒切除子宮案

14 歲重度唐氏症女性患者，於 11 歲時開始有月經，除定期月經來時，無法自理清潔外，在課堂上常將衛生棉拿起來玩，丟來丟去，老師及家長教導數月仍不見效，且於近三年間曾被陌生男子引誘發生多起性行為而懷孕，家長傷心不捨之餘，於就醫時請求可否為其女切除子宮，以避免照護及懷孕之困擾。

### 【二】：精障兒結紮案<sup>1</sup>

宜蘭一名罹癌的吳姓貧婦早年喪夫，育有兩名精神障礙兒子，因擔心兒子的精障會遺傳後代，便把大兒子「騙」去診所結紮。兒子長大後無法諒解母親作為，日前負氣離家，還在屋內留下不堪入目的三字經羞辱母親。

吳婦表示，她和丈夫生下兩子後，發現大、小兒子分別是輕度及重度智障，之後丈夫因病去世，加上她也罹患乳癌第三期，生活陷入貧困；母子三人就擠在冬山鄉五坪大的雜亂房屋內，平日靠做資源回收維生。

吳婦擔心兒子「不小心」生子，可能會將智障遺傳給下一代，便趁著大兒子「似懂非懂」的國小時期，親自帶往診所做結紮手術，而小兒子則因重度智障，不懂「那檔事」，所以逃過被結紮的命運。

但結紮手術並未阻擋大兒子對女性的渴望，目前已經卅歲的他，多次向母親透露想娶妻，但都被吳婦拒絕，因此大兒子不僅在屋內寫上斗大字眼「我要老婆」，還懷恨母親不給娶妻，以不堪入目的三字經辱罵吳婦；吳婦黯然表示，這樣做是為兒子好，而現在大兒子也不知去向，只剩她與小兒子相依為命。

<sup>1</sup> 癌母騙結紮 精障兒恨娶嚙某。http://news.chinatimes.com/society/50304361/112011032400183.html

### 【案例五】孕婦生育自主權與胎兒生存權的衝突

1969年8月，美國德州21歲的女服務生 Norma McCorvey, 聲稱遭到強暴懷孕，由於薪水微薄沒有能力，也根本不想生育和撫養孩子，因而要求醫師為她墮胎。但是德州刑法禁止墮胎，規定除了為保護懷孕婦女的生命以外，墮胎行為是犯罪行為，墮胎人(通常為醫師)將被處最高十年的刑期，因此沒有醫師願意為她實施墮胎。McCorvey 求助律師的協助，並以 Jane Roe 為名義，指控德州禁止墮胎的法律侵犯了她的「隱私權」，要求聯邦法院宣佈該法違憲。

地方法院判決，支持 Roe 的訴訟請求，認為該法侵犯了原告受美國憲法第九條所保障的權利，但是並沒有判決推翻州法。Roe 向美國聯邦最高法院上訴，經過一年二個月的審理，最高法院於 1973 年以 7:2 的多數意見裁定：德州刑法禁止墮胎的規定過於廣泛地限制婦女的選擇權，違反了憲法第十四條修正案「正當法律程序條款」所保護的個人自由。

## 【案例五】孕婦自主權與法定代理人、配偶同意權的衝突

1. 甲男與邱女為十四歲以上、未滿十八歲的未成年人，2000年7、8月間，邱女懷孕，甲要求其墮胎8月17日上午(懷孕十四週)，由友人陪同前往「丙婦產科診所」求診，甲將邱女懷孕並要墮胎的事告知其母乙，乙於8月17日下午帶同邱女及甲至「丁婦產科診所」，甲堅決反對將胎兒生下來，同日晚上由甲、乙陪同邱女再度前往「丙婦產科診所」，邱女於該診所的手術及麻醉同意書簽上乙的姓名及身分資料，並填寫與病人的關係為「阿姨」，乙再於該手術及麻醉同意書上立同意書人姓名欄按捺指印，並於手術後代為支付墮胎費用一萬元。

2. 2005年5月21日，某醫學中心婦產科主治醫師替一名懷孕三十五周才診斷出胎兒有先天性心臟病和唐氏症的孕婦，以長針刺入胎兒心臟，注入氯化鉀結束胎兒生命再引產，引起社會的極大爭議，至今仍餘波盪漾。

### ● 優生保健法第四條

稱人工流產者，謂經醫學上認定胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內，以醫學技術，使胎兒及其附屬物排除於母體外之方法。

● 優生保健法施行細則第15條：「人工流產應於妊娠二十四週內施行。但屬於醫療行為者，不在此限。」

## 研究初步成果

本研究計畫申請時預期完成之工作項目與成果，包括：一、建立醫療職場常見性別議題的案例與問題資料庫；二完成爭點分析、正反思辨、衡平與折衷意見的性別教材的建置，提供作為各職類醫事人員使用。三、將完成之性別教材至少投稿一篇文章。

在歷經四次專家會議，並於第四次將所收集的的案例，邀請醫師等各職類醫事人員種子師資對此教案案例進行討論，並提出相關臨床專業意見，經由性別與教育專家形成共識，初步將醫療職場較不具爭議的性別專業、性別意識與性別案例，寫成三篇文章，已達成計畫之要求，茲將三篇文章臚列於下，作為本研究之初步結果，未來將結合 104 年 7 月獲得通過（104 年 8 月 1 日至 106 年 7 月 31 日），題目為「建構以性別相關案例為導向，整合醫學倫理、法律、性別、人文面向之醫學教育教科書之研發 (A05)」，計畫編號：104-2629-H-016 -001 -MY2。故本計畫的完整結案報告，將於三年計畫完成以醫療職場之性別教科書方式呈現，併旨敘明。

文章發表（預計一篇完成三篇）：

王志嘉，醫療職場如何進行性別與健康案例討論教學，醫品雜誌，第 9 卷第 4 期，2015 年 7 月，頁 96-102。

王志嘉，醫療職場的性別專業與性別科技創新，台灣醫界，第 58 卷第 2 期，1015 年 2 月，頁 30-33。

王志嘉，性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私權維護的應用，家庭醫學與基層醫療，第 29 卷第 10 期，2014 年 10 月，頁 271 – 275。

# 醫療職場如何進行「性別與健康」 案例討論教學

王志嘉<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>三軍總醫院家庭暨社區醫學部主治醫師<sup>2</sup>國防醫學院醫學系、通識教育中心助理教授

## 前言

衛生福利部（以下簡稱衛福部）推動的「畢業後一般醫學訓練計畫」，於2007年起明定基本課程中「倫理與法律教學」，至少需要接受2小時「性別與健康」相關議題訓練<sup>[1]</sup>，目前更進一步擴大到醫學院各學系畢業後進入醫療職場前2年內的醫事人員，均適用此規定，加上各類醫事人員執業執照換證，均需要性別議題教育積分<sup>[2]</sup>，至今「性別與健康」教學，已普遍存在於醫療職場。

筆者於2007年「畢業後一般醫學訓練計畫」推動之初，即被醫院賦予擔任「性別與健康」議題的教學工作，期間並取得教育部性別平等教育師資認證<sup>[3]</sup>，至今已約8年，故藉由本文將「性別與健康」教學經驗予以分享。

## 性別議題是「醫病溝通」的一環

醫療職場涉及「性別與健康」的議題很多，從臨床工作到醫學研究，甚至與社會互動，均存在有性別議題。以去（2014）年東吳大學法律系碩士在職專班法律專業組招生為例，其招生主要依據的「綜合常識測驗」，僅

考2題問答題，均與性別議題有關，其中1題為「對多元成家方案的看法」<sup>[4]</sup>，此議題不僅具有法律與社會爭議，其實也與醫療行為息息相關，故「性別與健康」議題的教學，在醫療職場上的確有其重要性。

性別議題，在醫療職場上的具體應用，必定會與「醫病溝通」息息相關，也是在醫療職場性別教學中最重要而且應該被積極實踐的。然而，醫病溝通，向來有其困難性，除了「醫學專業鴻溝」不容易瞭解、醫療忙碌導致「時間不足」無法進行完整溝通等客觀因素外，尚有醫病之間「認知框架」歧異等主觀因素。如涉及「性別與健康」議題溝通會更顯困難，因除一般醫病溝通外，尚必須瞭解「性別專業（如生理性別差異）」，以及培養具備「性別意識（性別敏感度）」<sup>[5]</sup>。

「性別專業」透過教學即可使醫事人員具備相關知識，並應用於臨床工作；「性別意識」的培養，則除知識傳授外，尚有經驗與潛移默化等因素。然而，此部分在性別學者眼中認為有其困難性，主要原因在於醫療被設定為科學，具有中立的特性，故醫學通常不認為自

己會有性別偏見或歧視，反而容易產生「醫學性別盲」（沒有性別意識）<sup>[6]</sup>。

為避免此醫療性別盲現象，醫師必須瞭解診療不同性別病人時，除了對生理因素差異有基本瞭解，也需考量心理及社會因素對性別的影響，再透過醫病溝通技巧，完成醫療行為，因此醫療職場「性別與健康」議題，不僅是「醫病溝通」的一環，自然也是「全人照護」的一部分<sup>[7]</sup>。

## 性別專業與性別資源

### 一、瞭解性別專業的相關知識

在醫療職場「性別與健康」教學，首先必須讓醫事人員瞭解「性別專業」。最基本的就是必須知道男性與女性，由於「生理性別（Sex）」差異，亦即性染色體XY與XX不同，所導致一些疾病發生率、嚴重度、易感性、診療方式，以及預後等也會有所不同，這是醫療職場性別教學根本。

舉例來說，因生理性別差異常見「女性多於男性」的疾病，包括內分泌風濕免疫相關疾病，如甲狀腺疾病、全身性紅斑狼瘡（Systemic Lupus Erythematosus，簡稱SLE）、類風濕性關節炎（Rheumatoid arthritis，簡稱RA），以及骨質疏鬆症等；精神心理疾病，如焦慮、恐慌症、憂鬱症、厭食症及暴食症等。至於其他常見女性多於男性的疾病，可參考哈里遜內科學（Harrison's

Principles of Internal Medicine），或是財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會）出版的性別與健康教學指引一書<sup>[8]</sup>。

然而，由於性別科技發展，對於「生理性別」差異的瞭解，逐漸由疾病發生率、嚴重度、診療方式，以及預後等議題，轉往更細緻的「病態生理學」與「症狀徵候」等研究。過去認為心臟病係以「男性」為主，骨質疏鬆症係「女性」為主。由於「性別科技的創新」，近年來也提出「女性心臟病（Heart Disease in Women）」以及「男性骨質疏鬆（Osteoporosis Research in Men）」，提醒醫學界應該注意此類問題<sup>[9]</sup>。

以女性心臟病「急性冠心症（Acute Coronary Syndrome，簡稱ACS）」為例，在性別專業應該瞭解的部分，就「症狀與徵候」而言，無論男性或女性，均以胸痛為主要症狀（大於90%），但女性比男性容易出現噁心（Nausea）與下顎痛（Jaw Pain）等非典型症狀；就「病態生理學」而言，男性通常係以阻塞性冠狀動脈疾病（Obstructive Coronary Artery Disease）為主，可以冠狀動脈血管攝影（Coronary Angiography）來做診斷，然而此診斷，在女性部分，特別是比較年輕的女性，卻往往無法藉由冠狀動脈血管攝影診斷心臟病，最主要的原因是女性心臟病，有不少是屬於「瀰漫性（Diffuse）」阻塞，此時冠狀動脈血管攝影即不易檢查出來，加上生理性



別差異，女性精神心理疾病，如焦慮與憂鬱等發生率又比男性來的高，在此情形下，該女性其胸痛可能就會被視為是「非特異性（Non-specific）」胸痛，在臨床上被視為是「正常的」機會很大<sup>[10]</sup>。

## 二、性別專業網站資料

性別與健康教學，除了醫策會出版的工具書「性別與健康教學指引」、法務部全國法規資料庫（法條）、司法院法學資料檢索系統（判決書）等網站可供參考外，國外有許多與性別相關的網站，均可做為醫療職場「性別與健康」教學參考，包括：

- (一) Gender, Women and Health - World Health Organization ([http://www.who.int/gender/other\\_health/en/index.html](http://www.who.int/gender/other_health/en/index.html))
- (二) European Society of Gender Health and Medicine (<http://www.gendermedicine.org/>)
- (三) The International Society for Gender Medicine (<http://www.isogem.com/>)
- (四) Gender Medicine the Journal for the Study of Sex & Gender Differences (<http://www.us.elsevierhealth.com/internal-medicine/gender-medicine-journal/15508579/>)
- (五) Centre for Gender Medicine - Karolinska Institutet (<http://ki.se/ki/>

[jsp/polopoly.jsp?d=8993&l=en](http://www.ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=8993&l=en))

- (六) Gendered Innovations (<http://genderedinnovations.stanford.edu/>)

## 性別意識與醫療爭議

男性與女性，由於先天「生理性別」不同，經過社會化過程，在社會上就可能被賦予不同的角色，此角色為後天性的，稱為「社會性別（Gender）」。後天的社會性別，往往比先天的生理性別來的重要，在社會與醫療職場可能會產生「忽略」以及「偏差」，對於男性與女性都有可能造成心理與社會負擔。

茲以國際間（日本）曾舉辦的「高校生男女制服交換穿」活動為例，該活動最主要傳達的意義，就是要培養「同理心」。換上裙裝的男學生紛紛表示，穿裙子好冷，上下樓梯還要特別注意，並藉此重新檢視「男子氣概」與「女性化」的意義。更深層的意義，則在於打破「性別的認知框架」，藉此傳達「不同性別氣質、打扮，不能限制1個人的發展和成就」訊息<sup>[11]</sup>。

醫事人員對於社會性別有初步瞭解後，除了能夠避免產生忽略與偏差的認知框架，也能藉此培養性別意識或性別敏感度。在接下來醫療職場的性別與健康教學，可以舉一些醫療實務上常發生的爭議案例，加深印象，以達潛移默化效果。茲以國內醫療院所曾發生的醫療爭議案例，說明「性別意識（敏感度）」與醫病

溝通重要性。

過去曾發生婦產科醫師為40歲未婚無性經驗女性用擴陰器（鴨嘴器）進行內診檢查，導致病人處女膜破裂流血，即使該內診係經得病人同意下進行，但因病人不瞭解何謂內診，仍引起民、刑事訴訟案例<sup>[12]</sup>。換言之，對於女性要進行相關檢查前，除必須具備是否有「性經驗」以及「懷孕可能性」等性別敏感度外，也應注意病人對於專業術語不瞭解所引起的醫病溝通障礙，故醫療職場的性別與健康，係結合性別專業、性別意識，以及醫病溝通的過程。

進一步來說，即便病人同意門診教學或教學診後，因為醫病溝通困難的主客觀因素，仍有可能發生醫療爭議。國內曾發生婦產科病人同意教學診後，在護理師引導請病人上診察台後，由主治醫師進行內診，然因見實習醫學生圍在病人周邊，讓病人感覺不受尊重與委屈，病人於離開診間後投訴的案件。此醫療爭議案很明顯的是醫病之間對於教學診的認知框架不同，醫師忽略對女性進行較私密的檢查，可能超出當時病人同意教學診的範圍，故從性別意識與醫病溝通觀點，如進行內診時能再徵得病人更進一步同意，或許更為妥適<sup>[13]</sup>。

## 「性別與健康議題」為中心的案例導向教學

在醫療職場上，「性別與健康」議題，最

常被用來教學的就是「家庭暴力」議題，主要是各醫院或社區機構都有處理家庭暴力的經驗，加上家庭暴力加害者，除了有血清素過高的生理性別（Sex）因素外，尚有心理（控制、舒緩情緒）與社會（暴力迷思、大男人主義）等社會性別（Gender）因素，故其在性別教學上容易將生理性別與社會性別因素介紹的完整<sup>[14]</sup>。

另外，也常以「生育自主權」議題進行教學。如以「女性墮胎」議題為例，墮胎議題具有醫療行為屬性、醫師較為熟悉、法律規範相對完整，以及性別意識明確，加上具有相關文獻可供參考等，故在性別與健康教學上相對容易。舉例來說，「女性墮胎」議題常見的性別意識（爭議），包括胎兒生存權與女性生育自主權的衝突、法定代理人的必要性、配偶同意權的必要性、強制諮商與強制思考的必要性與方式，以及醫師可否因為自己的價值觀或宗教信仰而影響孕婦的選擇等<sup>[15]</sup>。

除了家庭暴力與生育自主權等性別與健康議題外，近年來，在「醫事人員或是醫病之間的職場性騷擾」，以及「性別意識與醫療爭議」議題越來越重要，成為醫療職場醫事人員必備的性別知識或技能，非常適合做為「性別與健康」案例導向教學討論，茲以「醫病之間的職場性騷擾」簡單說明（將另於專文詳細介紹）。

### 【案例一】

醫學系5年級男性於OSCE（Objective Structured Clinical Examination，客觀結構式臨床測驗）「告知壞消息」測驗時，在告知50歲女性模擬病人得到惡性腫瘤病人哭泣後，基於展現同理心，除遞給病人衛生紙，並輕輕碰觸病人的手，病人的手頓時縮了一下，本案是否與性騷擾案件有關？應該如何處理？

### 【案例二】

80歲男性失智症病人，因跌倒住院治療，某護理師進行醫療輔助或護理行為時，病人的手觸碰到護理師臀部，第2天又發生病人的手觸碰到護理師胸部的情形，此時護理師覺得病人是故意的，而向護理長反應，病人說不記得，家屬覺得病人係因疾病引起，本案應該如何處理？是否與性騷擾案件有關？

要討論這2個案例，首先必須要對「性騷擾定義」有初步瞭解，這也是現代醫事人員應該具備的基本知識；其次，必須將性騷擾知識與「醫病關係」結合，這也是醫療職場上處理「性別與健康」議題較為困難與棘手的地方，特別是第2案「病對醫的性騷擾」；最後，如果擔任「性別與健康」教師，除了處理醫病關係外，尚需與「醫學教育」進行結合。

依據性騷擾防治法定義，性騷擾可分為「交換式的性騷擾」與「敵意式的性騷擾」，其成立關鍵為，性侵害犯罪以外（排除刑法的性交罪與猥褻罪），違反當事人意願、與性或

性別有關，以及限於故意的行為等。依其定義，其是否成立性騷擾判斷的關鍵則必須結合判斷「是否與性或性別有關」、「是否故意」，以及「是否違反當事人意願」等情境做出綜合判斷<sup>[16]</sup>。

以各類職場中常見的「主管指示下屬時，習慣性拍拍下屬」為例，如該主管僅針對某異性下屬，且拍打部位，係較敏感的部位，如臀部與胸部等，由於具有針對性，而且拍打部位較敏感，已非社交禮儀部位，故其傾向「故意」，且與「性或性別有關」，若下屬反應「違反其意願」，其性騷擾會傾向成立。然而，若主管係拍打下屬肩膀，且對所有下屬一視同仁，不分性別，此情況較難認定有「故意」以及「與性或性別有關」，故若性騷擾案要成立，需要有更明確違反當事人意願的情形，舉例來說，如當事人透過直接或間接之肢體、動作、語言等方式表達已違反其意願，上司知悉後仍繼續進行拍肩膀動作，可能就會構成性騷擾。因此，「職場性騷擾」通常會依據事件發生背景，及其與性要求或性暗示有關的具體關連等一切狀況，審慎就具體事實做個案認定<sup>[17]</sup>。

上述【案例一】醫學系5年級學生於告知壞消息後，碰觸模擬病人的手，尚難據此認定構成性騷擾。然而，碰觸病人的手的確超出病人預期，並造成病人的驚嚇，故站在醫病關係與醫學教育角度，如未建立信賴關係，則應該

避免肢體碰觸，但如判斷有必要藉由適當的肢體接觸，以緩解病人的恐懼與不安，則應讓病人有預期性，如緩慢地伸出手並讓病人可以觀察到你下一步的舉動，不要過於突然。【案例二】，除了討論是否涉及性騷擾外，尚必須處理「醫病關係」問題。若醫院處理太過強勢，容易造成醫病間衝突；尚若不處理，護理師的情緒無法平復，而且也涉及職場工作安全，故極端的「互不相讓」或「單方讓步」等方式，均非妥適的處理模式<sup>[18]</sup>。必須透過協商等方式處理，常用的技巧，包括釐清問題、自我防範、流程改善，以及醫病溝通等。

## 性別與健康議題的師資培育

### 一、性別與健康議題師資培育課程

有鑑於醫療職場「性別與健康」議題師資培育需求，筆者曾參與醫策會「性別與健康研習營」的師資規劃，並每隔2至3年固定於醫院舉辦相關師資培育課程。通常「性別與健康」或「醫學倫理與法律」師資培育課程，會經過3個階段：

- (一)「講師授課」：先將該議題相關知識，找尋具有實際教學經驗的專家進行授課。
- (二)「小組討論」：將參與研討會的師資或準師資分成數小組，每組有1至2位帶組教師，藉由實際或模擬案例討論，加強專業知識印象、重點以及凝聚共識。
- (三)「綜合討論或案例評析」：最後，所有

參與的師資或準師資回到大教室，就小組討論的共識或爭議進行報告，再由專家講評，完成整個師資培育課程，但如遇有專業或爭議議題的師資培育課程，最後的綜合討論，可由專家的案例評析取代，以加深師資或準師資的知識與印象。

以今（2015）年5月28日，敝院舉辦的「性別與健康」師資培育課程，即採此模式。先進行大堂授課，然後進行分組，選定醫療實務常見且具爭議的案件，包括職場性騷擾（醫事人員間、醫病之間）、智障兒停止生育力，以及女性墮胎生育自主權等議題進行討論。院內、外專家各半，小組討論進行時，適時將A、B組、C、D組，以及E、F組合併，如此可以在討論過程得到不同專家的意見，最後則是進行綜合討論，先由參與的師資或準師資提問，然後再由專家講評，完成整個師資培育課程及院內「性別與健康」師資認證，課程議程安排如表一。

### 二、教育部性別平等教育師資人才庫

2003年「醫師執業登記及繼續教育辦法」至2013年「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」，將「性別議題」教育積分納入所有醫事人員專業證照6年一度換證必備項目，「性別與健康議題」教學在醫療職場需要非常多師資，由於「性別與健康議題」的教學師資，必須先經過教育部性別平等教育委員會審核通過<sup>[19]</sup>，始能向衛福部申請性別議題教育

表一、「性別與健康」師資培育課程：醫療職場常見的性別議題議程


時間	議程內容
13:10~14:00	【專題演講】 醫療職場的性別專業、性別意識與醫病溝通（王志嘉醫師）
14:00~14:20	茶敘
14:20~15:50（90分鐘）	【小組討論案例與分組主持人】 A組：「醫事人員間」、「醫對病」的職場性騷擾與醫病溝通（黃淑英理事長） B組：「病對醫」的職場性騷擾與醫病關係（院內：曾念生醫師） C組：精障兒輸精管結紮案（蕭美君醫師） D組：唐氏症兒切除子宮案（院內：王志嘉醫師） E組：孕婦生育自主權與胎兒生存權的衝突（林靜儀醫師） F組：孕婦自主權與法定代理人、配偶同意權的衝突（院內：張芳維醫師）
15:50~17:00（70分鐘）	【綜合討論、專家會議與總結】 主持人：國防醫學中心通識教育中心 黃淑玲教授、三軍總醫院 王志嘉醫師 與談專家 專家一：黃淑英理事長 專家二：林靜儀醫師 專家三：蕭美君醫師 專家四：康淑華執行長

積分認證，對於有志於「性別與健康教學」的師資非常重要，故簡單摘要教育部的性別平等師資認證方式。

依據教育部性別平等教育師資人才認證，至少應該符合下列指標條件的3項，並提供相關佐證資料，包括（一）曾任或現任下列委員會之委員；（二）曾發表或出版性別議題相關著作；（三）近3年內具性別平等教育相關授課或演講經驗；（四）近3年內具推動性別平等教育相關實務經驗或方案執行經驗；（五）曾參加政府機關或大專院校辦理之性別平等教育講員培訓，或修習性別平等教育之相關課程；（六）曾參與政府機關辦理之性別平等相關之評鑑、訪視或評估<sup>[20]</sup>。

## 結論

性別與健康議題，在醫療職場的教學，首先必須具備「性別專業」與「性別意識」。前者，可藉由現有教科書與相關網站學習相關知識；後者，除了專業知識外，尚須經驗與潛移默化的配合，相對較為困難，在教學上，可藉由一些常見的醫療爭議或糾紛案例，來培養性別意識（敏感度）。在具備此基礎情況下，瞭解醫病溝通的困難，並配合一些常見的醫病溝通模式，如LEARN（L：Listen、E：Explain、A：Acknowledge、R：Recommend、N：Negotiate，是醫病溝通常用的技巧，特別是最後的醫病協商Negotiate，更是整個醫病溝通成敗關鍵），

做好協商與醫病溝通工作，如此將性別專業與性別意識應用於病人身上，才是「性別與健康」議題教學最主要目的。完善的醫病溝通，不僅提升醫療品質，也可以減少不必要的醫療爭議與糾紛。

致謝：本文承蒙科技部（前國科會）計畫（103-2629-H-016-001-）補助，特此致謝。

### 【參考資料】

1. 性別與健康教學指引。第一版。臺北：醫策會，2007；前言。
2. 法務部全國法規資料庫。醫事人員執業登記及繼續教育辦法：<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020181>引用2015/6/22。
3. 性別平等教育師資人才101年度第1次審查通過名單，2012年9月19日教育部第5屆性別平等教育委員會第4次會議通過。
4. 東吳大學。103學年度碩士在職專班研究生招生考試試題：<http://www.scu.edu.tw/entrance/exam/103/E/7005.pdf>引用2015/6/22。
5. 王志嘉：性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私權維護的應用。家庭醫學與基層醫療2014；29(10)：271-272。
6. 劉仲冬：性別與健康教學指引。第一版。臺北：醫策會，2007：3。
7. 陳祖裕：性別與健康教學指引：女性與慢性疾病。第一版。臺北：醫策會，2007：19。
8. 陳祖裕：性別與健康教學指引：女性與慢性疾病。第一版。臺北：醫策會，2007：19-27。
9. 史丹福大學。性別創新(Gendered Innovations)：<http://genderedinnovations.stanford.edu/>引用2015/6/22。
10. 王志嘉：醫療職場的性別專業與性別科技創新。臺灣醫界2015；58(2)：30-33。
11. 王志嘉：醫療職場的性別專業與性別科技創新。臺灣醫界2015；58(2)：31。
12. 臺灣高等法院2004年度上易字第2118號刑事判決；臺北地方法院2006年度醫字第27號民事判決。
13. 醫療法第97-1條的增訂案：「教學醫院之教學門診應有明顯標示，對實(見)習學生在旁，應事先充分告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查或進行其他醫療行為時，應以書面徵得病人之同意後，實(見)習學生方能在旁。前項私密部位之認定標準由主管機關定之。」
14. 王志嘉：營造醫療場域具性別敏感度的環境。家庭醫學與基層醫療2013；28(12)：328-329。
15. 王志嘉：從醫療糾紛實例談醫療職場常見的性別議題。家庭醫學研究雜誌2009；7(1)：6。
16. 法務部全國法規資料庫。性騷擾防治法：<http://law.moj.gov.tw>引用2015/6/22。
17. 王志嘉：營造醫療場域具性別敏感度的環境。家庭醫學與基層醫療2013；28(12)：330-331。
18. 和田仁孝、中西淑美：醫療促進溝通調解—由敘事醫學的衝突管理。原水文化，2013。
19. 教育部性別平等教育全球資訊網。<https://www.gender.edu.tw/>引用2015/6/22。
20. 教育部性別平等教育師資人才審核及人才資料庫維護要點，2015年1月30日教育部臺教學(三)字第1040000947B號令。

## 醫療職場的性別專業與性別科技創新

文 / 王志嘉

三軍總醫院家醫科 國防醫學院醫學系、通識教育中心

### 前言

自2003年「醫師執業登記及繼續教育辦法」（目前整合為「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」），規定醫師執業，每六年換證應將「性別議題」納入繼續教育的課程，以及2007年起「畢業後一般醫學訓練計畫」，基本課程明定至少需要接受2小時的性別相關課程或案例的訓練以來，醫療職場的性別教學至今已推動10多年。

然而，性別議題對於醫界至今仍有些陌生，主要的原因，包括：1.醫病溝通非常困難；2.性別議題是醫病溝通的一部分；3.性別議題的溝通，必須結合性別專業以及性別意識等，故要將性別議題應用於醫療職場，至少需要具備這三項要素。

進一步而言，醫病溝通的困難，本質係源自於客觀的「醫療專業」。醫學本身就是專業，只要是專業，就容易有溝通的困難，加上當代醫病信賴關係的動搖、醫療崩壞、以及醫療的不確定性等因素，更深化醫病溝通的困難。此外，主觀上，病人的「認知框架」，更造成醫病溝通的雪上加霜。因為，每個病人對於相同的事情在解讀、理解、反應、與容忍度均不相同，以至於醫病溝通往往需要花時間處理病人的認知框架以及個別化進行。

關於「認知框架」，簡單來說，過去在孕婦生育風險很大的年代，風險發生是被視為正常，風險未發生是例外，故只要醫師能順利活產母子均安，病人多存感激之心，少有聽說有究責者；然而，在當代，孕婦的生育風險變小，一旦風險發生，病人卻反而會覺得，為何只有我發生生育風險，是不是醫師不小心疏忽了。顯然的，由於時代的轉變，病人家屬的現在的「認知框架」，顯然與過去有所不同，故醫病溝通，無論在客觀與主觀上，自然需要花更多的時間溝通與釐清。

性別議題，當然是醫病溝通的一部分，這是簡單不過的道理。因為，在醫學上，我們向來會對兒童、青少年、成年人、以及老年人等，會採用不同的方式與病人溝通，以達成全人照護，以及最好醫療照護的目標。對於不同性別，醫病溝通方式自然也應有所不同，故性別議題，一般認為也是「全人照護」的一部分。

然而，要瞭解異性其實已非易事，更遑論以此進行醫病溝通，主要的原因是很難「感同深受」，以及醫事人員不自覺的產生既定的「認知框架」，故很難發揮「同理心」，因而造成初步的溝通障礙。再加上多數的醫事人員認為醫學是科學的，是中立的，故不至於產生「性別偏見」或「性別歧視」，以至於忽略了異性在醫病溝通的不同需求，這也是許多性別學者批評醫學有「性別盲（缺少性別意識）」的情形。因此，要做好性別與溝通，除了必須了解醫病溝通的主客觀困難外，尚需要具備「性別專業」與「性別意識」。

### 生理性別與社會性別

在醫療職場，最需瞭解的「性別專業」，也是性別專業的根本，就是必須知道「生理性別(sex)」與「社會性別(gender)」的差異，有此基本的性別專業後，才容易有性別意識，才有可能盡力做好性別與醫病溝通的工作。

「生理性別(sex)」，顧名思義，就是男女與生俱來就是不同的。男性的染色體是XY，女性的染色體是XX，不用多做解釋，自然所有的醫事人員就了解。由於染色體的不同，男女對於疾病的發生率、嚴重度、易感性、診療方式、以及預後等也會有所不同。

「社會性別(gender)」，就是由於先天的生理性別不同，由於社會化的過程，就會導致後天賦予男女在社會的角色有所不同，透過社會化的過程，就會產生「男性就應該要像男性，女性就應該要像女性」的思維。問題是，何謂「像男性」，何謂「像女性」，這當中會自然隱藏不少的忽略以及偏差，對於男女都有可能造成額外心理與社會的負擔。

因此，一般認為，後天建構的「社會性別」是比先天「生理性別」的影響來的大，也是可以透過矯正而促進性別意識與性別平等，故向來較為從事社會運動的性別學者所關注。

然而，從醫療職場的角度，「生理性別」的重要性與日俱增，這是因為性別研究以及性別科技的進步。近年來，包括：「生理性別的差異對於男女疾病的影響」、「醫學研究的可能產生的偏差」、以及「藥物對男性女性在代謝的差異」等，目前正方興未艾，在醫療職場對於生理性別與社會性別的議題，都應該

給予一定的重視。

關於「社會性別」，去（民國103）年底，日本曾舉辦「高校生男女制服交換穿」，曾引起國際媒體普遍的報導，主要原因是，這在西方社會習以為常舉辦的活動，卻很少出現在東方社會，才引起如此的關注。其實，「男女制服交換穿」的活動，最主要要傳達的意義，包括：1. 重新檢視「男子氣概」與「女性化」的意義；2 培養「同理心」感同身受，因為換上裙裝的男學生紛紛表示，「穿裙子好冷，上下樓梯還要特別注意」；3. 打破「性別框架」，傳達出「不同性別氣質、打扮，不能限制一個人的發展和成就」的訊息。

## 性別專業與性別科技

### 1. 疾病發生率

關於「生理性別」差異，對於疾病的影響，較為醫學界所熟悉的多為男女疾病「發生率」的議題。對於疾病的發生率，不少疾病是男女有別的，茲以常見「女性多於男性」的疾病說明：

- (1) 內分泌風濕免疫相關疾病：甲狀腺疾病：無論是 Graves' 式疾病、甲狀腺結節、全身性紅斑性瘡 (systemic lupus erythematosis, SLE)、類風濕性關節炎 (rheumatoid arthritis, RA)、原發性 Sjögren's 症候群 (primary Sjögren's syndrome)、全身性硬化症 (systemic sclerosis, SS)、或是骨質疏鬆症等，女性的發生率高於男性，不過需要注意的是，近年來，由於性別科技與創新的發展，「男性骨鬆」的議題也受到重視。
- (2) 精神心理疾病：焦慮、恐慌症、憂鬱症、厭食症 (anorexia nervosa) 及暴食症 (bulimia nervosa) 等發生率，明顯的女性多於男性。
- (3) 神經系統相關疾病：偏頭痛、多發性硬化症 (multiple sclerosis, MS) 等，亦是呈現女性多於男性的情形。
- (4) 呼吸系統：青春期後的氣喘發生率，以女性居多，在月經前會惡化，在懷孕時會改善，一般認為係生理結構（女性的呼吸道較細）以及內分泌的影響所致，故與生理性別相關。
- (5) 心臟血管疾病：長期以來，心臟病被視為是男性的疾病，但近年來，受性別科技與創新發展的影響，

「女性心臟病」的議題越來越受到重視。舉例來說，發生心肌梗塞時，女性的死亡率及併發症反而較高，可能因為症狀不典型以及心電圖較常出現非典型的 ST 節段不明顯下 及未呈現異常 Q 波等變化所致。

- (6) 肝膽腸胃道疾病：自體免疫性肝病、原發性膽汁性肝硬化、大腸躁激症 (irritable bowel syndrome) 等疾病發生率女性亦高於男性，特別是大腸躁激症對女性的影響，包括生理、心理與社會等層次；
- (7) 骨骼肌肉疾病：纖維肌痛症 (fibromyalgia) 以及肌肉筋膜疼痛 (myofascial pain) 等，通常女性的發生率也多於男性，特別是在老年女性的部分，一般認為還是與內分泌有關等。

### 2. 女性心臟病

在醫療上，由於性別科技的發展，從原先大家所熟悉男女由於「生理性別」的差異，導致疾病發生率、嚴重度、診療方式、以及預後等不同的議題，逐漸轉往更細緻的「症狀徵候」及「病態生理學」等研究，許多疾病在男女的差異也比以前更為了解。

以史丹福大學網站 (<http://genderedinnovations.stanford.edu/>) 為例，除醫學外，亦針對科學、工程、以及環境等，提出許多「性別創新 (gendered innovations)」的觀點。以醫療而言，目前即有「Heart disease in women (女性心臟病)」、「Osteoporosis research in men (男性骨質疏鬆)」、「De-gendering the knee (膝蓋去性別化)」、「Nanotechnology-based screening for HPV (以奈米科技為基礎的人類乳突病毒篩檢)」、以及「Nutrigenomics (營養基因體學)」等議題，在性別科技與創新的研究可供參考，由於「女性心臟病」議題，最廣為醫學界所熟悉，本文以此為摘要與說明。

心臟病，長期以來都被視為是男性的疾病，最主要的因是男性心肌梗塞的心臟疾病比女性早 10 年發生。然而，在美國，缺血性女性心臟病是女性死亡原因的首位，世界衛生組織也認為是女性的主要殺手。不過，一直到了近 20 年來，由於性別科技創新的發展，才對女性心臟病的診斷、治療與預防比較了解。

關於女性心臟病的「性別創新」，摘錄與整理史丹福大學網站的內容，大致有幾個面向：



### (1) 症狀與徵候

無論男性或是女性，在急性冠心症(acute coronary syndrome, ACS)超過90%，均是以胸痛(chest pain)為主要的症狀；然而，女性比男性似乎容易出現非典型的症狀，如噁心(nausea)與下顎痛(jaw pain)，這在統計上是有意義的。

### (2) 病態生理學

男性與女性對於缺血性心臟病的病態生理學，其實是不盡相同的。我們常用來診斷胸痛病人的冠狀動脈血管攝影(coronary angiography)，在男性是有用可靠的，通常也可順利被診斷出男性病人是否有阻塞性的冠狀動脈疾病(obstructive CAD)。

然而，卻有一大部分比率的女性，特別是比較年輕的女性，卻無法透過冠狀動脈血管攝影診斷出有心臟病。最主要的原因是女性心臟病，有不少是屬於「瀰漫性(diffuse)」的阻塞。換言之，是整條血管的管徑變小或阻塞，導致冠狀動脈血管攝影檢查，不容易看出有血管阻塞的現象，這與一般男性或年齡較長女性所呈現某一段血管阻塞(obstructive)，可透過冠狀動脈血管攝影檢查的方式，是有明顯的差異。

如果是瀰漫性(diffuse)心臟血管的阻塞的女性病人，因冠狀動脈血管攝影不易檢查出來，而且加上女性的精神心理疾病，如焦慮與憂鬱等的發生率又比男性來的高，在此情形下，該女性其胸痛可能會被視為是「非特異性(non-specific)」的胸痛，在臨床上被視為是「正常的」機會很大。

然而，這些被視為是正常的女性病人，在研究上發現，很可能在檢查或出院後，短時間內發生中風或心肌梗塞的風險。故針對此類具有病態生理學差異的女性，有主張以「缺血性心臟病(ischemic heart disease, IHD)」，取代「冠狀動脈疾病或心臟病(CAD or CHD)」的用語。

### (3) 危險因子

心臟病常見的危險因子，如高血壓、糖尿病、血脂異常、吸菸等，對於男性或女性是相同的。然而，在風險或副作用的發生率部分，男女是不相同的，一般廣為熟知的就是女性吸菸的風險或副作用是男性的2倍。此外，就女性觀察，即便每天僅吸少量的菸，如每天1.4支菸，其風險亦是增為2倍，也容易產生冠狀動脈栓塞，而引起急性心肌梗塞的情況。

### (4) 女性荷爾蒙

由於女性心臟病平均比男性晚10年才發生，過去通常有認為女性荷爾蒙是具有心臟保護性的「假設」。然而，這個假設在1998年進行的Heart and Estrogen Replacement Study (HERS)的研究被推翻，發現不僅沒有長期的心臟保護力，而且可能在使用的第1年反而發生心臟病的風險。

### (5) 新診斷技術

冠狀動脈血管攝影，傳統上係由股動脈(femoral artery)施作，一般在女性比男性較容易出現血腫(hematoma)與出血(bleeding)的副作用，在醫療上為了改善此生理性別的差異，後來在性別科技創新部分，改以橈動脈(radial artery)施作冠狀動脈血管攝影，不僅發現對於女性的血腫與出血的情形有改善，事實上對於男性也受益。

此外，針對女性缺血性心臟病的部分，目前在性別科技創新部分，亦有進展，包括使用核子醫學(coronary reactivity testing)、經血管超音波(intravascular ultrasound, IVUS)、磁振血管造影(MRI)、以及正子攝影(PET)等檢查。

## 結語

自民國94年政府宣示推動「性別主流化」以來，性別議題就受到各領域、各層面，如立法、政府各部門等重視，許多政策與方案都需要考慮性別對男女雙方不同的含義，以促進性別平等，故向來「社會性別」議題較為社會所關注，因為這是後天而且可以改變的。

「社會性別」，在臨床工作上當然有其重要性，無論醫療職場的性別意識、友善性別環境建置、家庭暴力的處理、或是醫療爭議或訴訟事件等，均有其重要性，也是現代醫病溝通與全人照護應該具備的基本內涵。

相對於「社會性別」對社會各階層均有其重要性，「生理性別」在醫療職場的重要性也與日俱增，除了傳統對於疾病發生率、處置、以及預後等了解外，目前已進展到病態生理學、藥物動力學、流行病學、公共衛生學等更細緻的研究，並透過此研究，產生了性別科技創新，對於男性與女性均受益。

因此，性別議題在醫療上，無論是生理性別(性

別專業)，或是社會性別（性別意識），均是同等的重要，唯有結合此二者，並了解醫病溝通的主客觀困難性，以及善用醫病溝通的技巧，才能做好完善的醫病溝通，減少不必要的醫療爭議與糾紛。

## 致 謝

本文承蒙 103 年度科技部（前國科會）「性別與科技」專題研究計畫（103-2629-H-016-001-）的補助，特此致謝。

## 參考資料

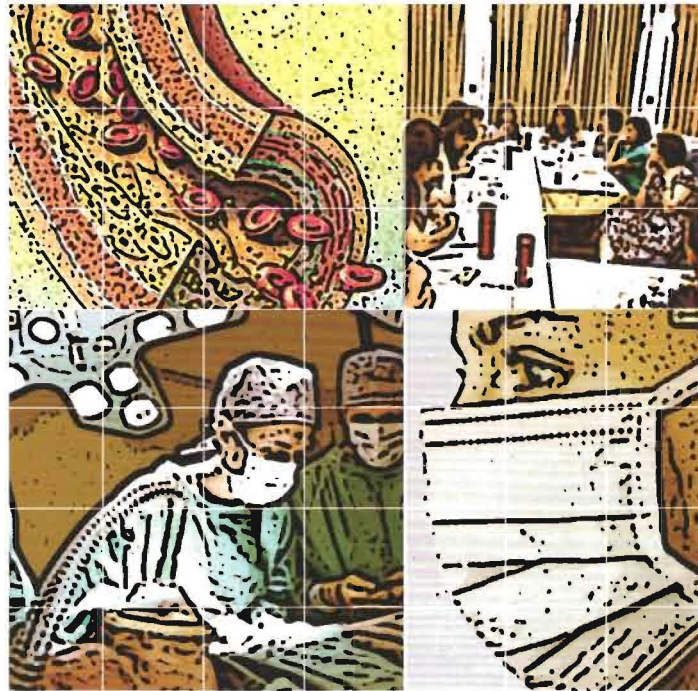
1. 王志嘉、羅慶徽：論性別差異對醫療行為及病人同意的影響。科技法學評論 2009；6：219-244。
2. 王志嘉：從醫療糾紛實例談醫療職場常見的性別議題。家醫研究雜誌 2009；7：1-11。
3. 王志嘉：性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私維護的應用。家醫醫學與基層醫療 2014；29：271-275。
4. 王志嘉：營造醫療場域具性別敏感度的環境。家醫醫學與基層醫療 2013；28(12)：328-331。
5. 性別與健康教學指引。第一版。台北：醫策會，2007：前言。
6. 陳祖裕：女性與慢性疾病。性別與健康教學指引。第一版。台北：醫策會，2007：19-27。
7. 法務部全國法規資料庫。法規類別。2015年1月22日，取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawClassList.aspx>。
8. 性別主流化。維基百科。2015年1月23日，取自 <http://zh.wikipedia.org/wiki/%E6%80%A7%E5%88%A5%E4%B8%BB%E6%B5%81%E5%8C%96>。
9. 性別創新（Gendered Innovations）。史丹福大學。2015年1月24日，取自 <http://genderedinnovations.stanford.edu/>。
10. Willett WC, Green A, Stampfer, MJ, et al.: Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. N Engl J Med 1987；317：1303-1309.



Family Medicine & Primary Medical Care

# 家庭醫學與基層醫療

謝維銓 題



美國心臟醫學會高膽固醇血症治療新概念  
產婦周產期心肌病變的診斷、治療與手術注意事項  
性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私維護的應用  
漫談人類社會對性感染症的態度及因應改變



NO. **10**  
2014 / 10

線上期刊網址 <https://www.tafm.org.tw>

中華民國七十五年一月創刊

10

民國一〇三年十月二十五日 第二十九卷 第時十期

台灣家庭醫學醫學會 發行



## 性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私維護的應用

王志嘉

### 前言

醫學倫理四原則－「尊重自主原則」的具體內涵，包括：「誠實原則」、「告知後同意原則」、以及「守密原則」等子原則。其中「誠實原則」與「守密原則」，在醫療行為的具體實踐，就是在醫病溝通的過程，落實病人的病情告知（積極面）與病人隱私維護（消極面）。

病情告知，有賴良好的「醫病溝通」。醫病溝通，是病情告知的「過程」；病情告知，是醫病溝通的「結果」。醫病溝通，是病情告知的基礎；病情告知，是醫病溝通的實踐。因此，要做到良好的病情告知，首重醫病溝通的技巧。

### 醫病溝通的基本態度與困境

醫療實務上，醫病溝通的基礎，除了外觀上必須讓病人有專業以及信賴感，如具備基本禮儀、穿著得體、談吐優雅、

笑容親切、以及理直氣和等要素外，也應掌握「言語」與「非言語」的溝通技巧。

就「言語」的溝通技巧，對於初診、未確定診斷、或多重主訴病人，宜採取「開放式」的問診，如「你有什麼不舒服？」；而對於熟悉、穩定的病人，若因時間因素，可採取「封閉式」的問診技巧，如「血壓控制如何？」、「你是腰痛嗎？」。換言之，「開放式」與「封閉式」問診技巧的交互使用，是言語溝通的基本要素。

除言語溝通技巧之外，醫療人員還需善用「非言語」的溝通技巧，敏銳的觀察，如透過眼神(表情)、肢體(姿勢)、音調(聲語學)、以及態度(感覺)等方式輔助言語溝通，更有助於醫病溝通，達成事半功倍的效果。

醫病溝通，向來都是非常的困難。因為在客觀（專業）上，除了具有「『他們（病人及家屬）』不知道『他們』不知道什麼；『我們（醫師及醫療團隊）』不知道『他們』不知道什麼；『我們』不知道『我們』不知道什麼。」的特性外，醫病溝通時間上的不足，是目前醫病溝通的隱憂。此外，在主觀上，醫病溝通也會受到每個人的原生家庭、成長過程、教育歷程、以及生活經驗等因素影響。換言之，

三軍總醫院家庭暨社區醫學部 主治醫師  
關鍵字：BPS, bio-psycho-social model, LEARN.  
通訊作者：王志嘉



即便對於相同件事情，醫病雙方、不同病人間的看法也未必相同，故其所產生的「認知框架」，會加深醫病溝通的困難。

此外，在醫療上面對「性別」與「醫病溝通」的議題，除了一般醫病溝通的困難外，尚有客觀上必須具備「性別專業」，以及主觀上必須培養「性別意識」，故涉及性別的溝通又相對的困難。

### 醫病溝通與同理心的應用

醫病溝通，必須將全人照護的理念（bio-psycho-social model, BPS）予以應用，特別是對於初診的病人。事實上，這不僅是家醫科或基層醫師必備的技能，更為醫學教育以及畢業後一般醫學訓練計畫所強調，故全人照護技巧在醫病溝通的落實，為當代醫師必備的基本技能。

全人照護技巧，在醫病溝通的應用，就是要將「 $A+B+C+D=X$ 」的理念落實。所謂的「 $A+B+C+D=X$ 」，簡單來說，就是一個疾病的結果與預後（ $X = \text{Outcome or Prognosis}$ ），會受到生物（ $A = \text{Biological status}$ ）、心理（ $B = \text{Stressful life event}$ ）、社會（ $C = \text{Resources}$ ）、以及病人的人格特質（ $D = \text{Coping strategy}$ ）所影響。而要落實全人照護「 $A+B+C+D=X$ 」的理念，則必須仰賴以醫病互動式為主的「LEARN」模式，始能達成。

所謂的「LEARN」模式，就是在醫病溝通的時候，我們要仔細傾聽病人所說的話（Listen），傾聽後經專業判斷後，

對於病人做出解釋（Explain），當然病人對於醫師的解釋，因其內心仍有不安或疑慮，未必會照單全收，此時我們要同理病人所說的話（Acknowledge），雖然同理病人所說的，但因醫療有其專業，我們仍會依其專業對病人做出專業的建議（Recommend）。最後，最重要的步驟，就是針對醫病之間的歧異性，則必須透過協商來完成（Negotiate），在不違反正義原則以及不過度耗用健保資源的情形下，使醫師專業裁量與病人的自主性達成平衡，則成為醫病溝通的藝術。

在落實醫病溝通LEARN的技巧後，已具備醫病溝通的基本能力，如能培養並落實同理心的技巧，將使醫病溝通更順暢。所謂的「同理心」，簡而言之，就是設身處地為病人設想，達到「人同此心、心同此理」的境界。然而，我們畢竟不是病人，要真正深入病人的主觀世界有其難度，這方面除了天分外，尚有經驗的累積，需要做中學、學中做。

將同理心落實在醫病溝通的過程，首重「察覺」。就是要察覺病人出現某種情緒，然後找出此情緒的由來。常聽聞醫師抱怨，當問病人想要開什麼藥時，病人常會說「你是醫師，還是我是醫師」；當你決定忍下這口氣幫病人做決定時，病人又抱怨「你都不跟他溝通，自己就做了決定」。醫師常會覺得這個病人是困難病人，想趕快結束這次的醫療行為。其實，此時正是落實同理心的好時機，因為病人明顯有情緒出現，只要能找出病人情緒的



由來，同理他的情緒，說出病人未說出的隱喻，此時同理心就成功了一半。

例如：病人戒菸失敗，但近日咳嗽很嚴重，一直很想戒菸，當你建議他戒菸時，又不是你在戒菸，你說的很輕鬆。此時，很明顯的病人很想戒菸，但又很怕戒菸再次失敗，故我們在察覺病人情緒出現後，除了說出病人不安的情緒外，如「對你而言，戒菸一定很困難（情緒由來）」，也必須關心其背後的隱喻，如「你是不是擔心抽菸會讓你咳嗽更嚴重以及影響身體的健康」。

同理心技巧的落實，雖然有其複雜性，但其精神與重點在於必須善用「主觀、客觀、再主觀」的言語溝通方式。換言之，先處理病人情緒的問題，然後透過專業進行理性說明，最後溝通結尾仍是回到處理病人情緒的問題。因此，透過「察覺」病人的情緒，並且透過「主觀、客觀、再主觀」的言語溝通模式，就能具備同理心的形貌，對於醫病溝通必會產生良性的互動。

在友善性病門診，病人具有「私密性與獨特性」。在專業上，必須確保維護病人的隱私，並且傳授病人正確性知識、推廣伴侶治療的概念、以及指導進行安全性行為；在態度上，除了基本的友善外，醫護人員更應避免有意、無意顯示出任何輕視或恥笑的態度；在病情告知與溝通的過程，少說多聽、鼓勵病人發言、減少艱澀的醫學術語，如此才能達到盡速獲得病人信任，得到正確病史的目標。

### 病情告知的技巧—「告知壞消息」的技巧

醫病溝通，是病情告知非常重要的過程，也是病情告知的基礎。掌握醫病溝通全人照護的精神以及同理心的技巧，通常就能促進良好的醫病溝通，多數的病情告知也能順利完成。

不過，某些醫療情況，會超出病人的預期，特別是某些壞消息，如癌症、性病、愛滋病等。此時，病情告知，除了溝通技巧外，尚需具備「病情告知（告知壞消息）」的技巧。對於這些超出病人預期，或需要時間適應的疾病（壞消息），向來為醫學界所熟知的就是「SPIKES」的技巧。

S，指Setting，就是要找到適合病情告知的環境；P，指Perception，要了解病人或家屬已經知道多少；I，指Initiation，要知道病人或家屬對於壞消息想要知道多少；K，指Knowledge，就是在了解病人或家屬已知道多少以及想知道多少的情形下，將病情告知病人或家屬；E，指Empathy，病人或家屬，即便有預期，在接收到壞消息後，心情必有所起伏，此時就必須善用同理心，以開放式的言語溝通模式，探求相關原因；S，指Strategy，將病情摘要，並擬定治療及追蹤計畫。

「SPIKES」技巧，常被用來做為壞消息的告知，特別是癌症的病情告知。近年來，對於癌症病情的告知，有覺得「SPIKES」技巧，可能較適合於西方的



文化。因此，從日本引進了「SHARE」的模式，作為癌症病情的告知。

關於「SHARE」的病情告知技巧，S，指「Supportive environment」，就是要創造支持性環境；H，指「How to deliver the bad news」，建立傳遞壞消息的方式；A，指「Additional information」，提供病人或家屬額外必要的資訊；R與E，指「Reassurance and Emotional support」，提供保證與情緒的支持。綜觀來說，「SHARE」與「SPIKES」技巧是相似相通的，但更強調病情告知的動態性與連續性。

性病，對於部分病人來說，的確是屬於壞消息，除了善用與「SPIKES」或「SHARE」的病情告知技巧外，在溝通與告知過程，醫師應特別注意，要保持「非批判、避免假設、不要先入為主」的態度，並且做到「眼睛接觸、耐心與仔細聆聽、減少艱澀的醫學術語」的溝通與告知過程，最後應該達到「鼓勵性伴侶共同接受治療」的目標。

### 隱私權的維護與相關爭議問題

我國對於病人隱私的維護與保障，分別於刑法（第316條）、民法（第184條&第195條）、以及行政法（醫師法第22條&23條；醫療法第72條）設有相關規定。然而，「家屬參與病人醫療決策」是台灣的文化，也是常態，故醫療法第63條、第64條、以及第81條，對於病情告知，規

定可以告知「病人本人、法定代理人、配偶、親屬以及關係人」等。

近年來，病人自主權興起後，醫療實務屢屢發生成人病人，不願意告知家屬的情形，從倫理與法律的觀點分析並無爭議。然而，卻會發生與病情告知的法律規定有牴觸的情形，關於此部分的爭議，衛生福利部曾有函釋：「病人得以書面敘明僅向特定之人告知或對特定對象不予告知」。在醫療實務上，除盡力溝通外，若確認病人的意願（無法說服病人），仍應該尊重病人本人的決定，在病歷上敘明，以符合法律規定以及保護醫病雙方。

在友善性病門診，病人與性伴侶共同接受治療，是醫學與公衛的共同目標。然而，常引起病人隱私爭議的就是，病人不願意告知性伴侶，也不願醫護人員告知性伴侶的情形。例如「經西方墨點法（Western Blot），確診為愛滋病的年輕男性，其同居女友在門診外，病人不願意醫師告知其同居女友，應該如何處理？」

首先，醫師有「通報義務」，應依規定於24小時內向衛生主管機關通報。但是，通報義務，具有公權力色彩，不等同醫師告知第三人（同居女友）的義務。其次，依法律或法理，常見醫師有正當理由可以揭露病人病情的情形，包括：「法律規定（如法定代理人或轉診）」、「病人同意」、「有關機關訊問」、「依法上的告知義務」、以及「重大公益事件」等，通常並不包括醫師可以基於保護第三人（同居女友）而洩漏病人的病情的情形。

然而，醫師可否基於保護第三人，而洩漏病人的隱私，向來是倫理與法律的



難題。醫病關係，通說建立在「信賴關係」，故醫師除非有不得已的理由，通常並無保護第三人的義務，否則會動搖最根本的醫病信賴關係。

所謂「不得已」的情形，通常是需具備「緊急性」與「必要性」的要件，換言之，要符合「緊急避難」的精神。本案的愛滋病確診案，由於愛滋病至今無法治癒且僅能控制，只要經過持續反覆的性行為，感染機會會增加，故符合緊急性與必要性的要件。此時不揭露病情所帶來的傷害，遠比違反保密義務所帶來的傷害大，故本文認為本案係可構成保密原則的例外，醫師應可以適當揭露病人的病情，以保護同居女友。

### 結語

醫病溝通，是現代醫師必備的技能。落實全人照護的理念，以及具備同理心的技巧，是醫病溝通及病情告知的基礎。若是應用在友善性病門診，還應具備性別專業與性別意識。在醫療實務上，遇到壞消息的病情告知，除了善用醫病溝通的技巧外，尚需要將「SPIKES」或「SHARE」的病情告知技巧予以應用。

病情告知與隱私維護，是病人自主權的一體兩面。在友善性病門診，我們都希望病人的同居人或性伴侶能一起接受治療，如病人不願意時，就會發生倫理的爭議與衝突。就尊重病人自主權的立場，應該持續理直氣和的與病人溝通，解決病人的不安與困惑，如仍無法說服病人，除非

已達到緊急性必要性的程度，否則基於醫病的信賴關係，醫師仍有義務維護病人的隱私。

### 致謝

本文承蒙科技部（前國科會）計畫（MOST 103-2629-H-016-001-）補助，特此致謝。

### 參考資料

1. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. Oxford University, 2012: 103-4.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL: Palliative and End-of-Life Care. In Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005: 55-6.
3. 盧豐華：以病人為中心、以家庭為取向的全人健康照護。呂碧鴻等編，家庭醫學。第三版。台北：台灣家庭醫學醫學會，2006：57-61。
4. 王維典：臨床溝通。呂碧鴻等編，家庭醫學。第三版。台北：台灣家庭醫學醫學會，2006：90-7。
5. 蔡甫昌：家庭醫學與醫學倫理。呂碧鴻等編，家庭醫學。第三版。台北：台灣家庭醫學醫學會，2006：579-83。
6. 黃曉峰：PGY六大核心課程醫病溝通與同理心訓練。2014年8月10日，取自[http://education.jah.org.tw/9\\_cte/3\\_handout/othertest.asp?id=316](http://education.jah.org.tw/9_cte/3_handout/othertest.asp?id=316)。
7. 方俊凱：癌症病情告知溝通技巧種子人員培訓計畫。2014年8月10日，取自<http://www.tpos-society.org/Attache/News/1031.pdf>。
8. 法務部全國法規資料庫。法規類別。2014年8月10日，取自<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawClassList.aspx>。93年10月22日衛署醫字第0930218149號函釋。



## 參考文獻

### 「書籍」

1. 成令方編，2008，醫療與社會共舞，群學出版社，2008年。
2. 辛幸珍、許正園、陳汝吟、陳彥元、蔡篤堅譯，Albert R. Jonsen、Mark Siegler、William J. Winslade 著，臨床倫理學—臨床醫學倫理決策的實務導引，第1版，合記出版社，2011年。
3. 李貞德，性別、身體與醫療，聯經出版公司，2008年。
4. 李詩應、陳永綺合著，當醫療遇上衝突糾紛，訴訟是最好的解決方法？一對醫師夫婦赴日學習促進醫療和諧之路，原水文化，2013年10月。
5. 和田仁孝、中西淑美著，醫療促進溝通調解—由敘事醫學的衝突管理，原水文化，2013年11月
6. 性別影響評估學習手冊，財團法人婦女權益促進發展基金會，2013年。
7. 性別與健康教學指引，第一版，醫策會，2007年12月。
8. 黃有志、陳竹上審閱，Kevin White 著，醫療社會學，洪葉文化，2012年。
9. 病歷相關法律議題—案例解析。台北，醫策會，2009年7月。
10. 傅大為，亞細亞的新身體性別、醫療、與近代台灣，群學出版社，2005年。
11. 蔡甫昌譯，Peter A. Singer 著，臨床生命倫理學，第二版，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009年。
12. 劉敏、王英偉譯，未來醫師的行為與社會科學基礎，美國醫學院學會行為與社會科學專家委員會（AAMC），2013年9月。
13. 劉宜廉、王志嘉主編，陳子平、劉宗榮總校閱，醫療法律入門—案例導向討論。第二版。台北，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會），2008年11月。
14. 蔡淳娟，解決醫療倫理難題—人性化醫療照顧的實踐，第一版，台北市立萬芳醫院，2008年3月。
15. 蘇滿麗，性別意識培力與實例識讀，第一版，元照出版社，2014年2月。
16. 蘇麗滿，向性騷擾說不一輕鬆解讀性別三法，第二版，元照出版社，2014年9月。
17. 醫事法專題講座。第一版。台北，台灣法學出版股份有限公司，2012年9月。

### 「期刊」

1. 王志嘉，職場性騷擾與醫療糾紛實例的性別意識，醫療品質雜誌，2011年1月，頁81-85。
2. 王志嘉，未成年人的醫療決策與生育自主權—最高法院95年度台非字第115號、台灣高等法院91年度上訴字第2987號刑事判決評釋，月旦法學雜誌，第181期，2010年6月，頁261-278。
3. 王志嘉、羅慶徽：論性別差異對醫療行為及病人同意的影響，科技法學評論，第6卷第2期，2009年10月，頁219-244。
4. 王志嘉，從醫療糾紛實例談醫療職場常見的性別議題，家醫研究雜誌，第7卷第1期，2009年7月，頁1-11。
5. 王紫菡、成令方，同志友善醫療，台灣醫學，第16卷第3期，2012年，頁295-301。
6. 尤素芬、鄭惠珠、劉浩熏，藍領移工健康問題之初探性研究：以南部某健康服務站的諮詢移工為例，台灣衛誌，第31卷第1期，2012年，頁43-57。
7. 李佳燕，性別與醫療環境，醫療品質雜誌，第2卷第5期，2008年，頁72-75。
8. 吳嘉苓，台灣的新生殖科技與性別政治（1950-2000），台灣社會研究季刊，第45期，2002年3月，頁1-67。
9. 林淑玲，蕭仔伶，台灣之女性新移民健康照護的社群隔離現象，護理雜誌，第54卷第4期，2007年，頁67-72。
10. 林靜儀，醫療領域的性別主流化，台灣醫界，第53卷第3期，頁39-41。

11. 林卓逸，中醫臨床性別意識的開創—張仲景，臺灣中醫醫學雜誌，第 19 卷第 2 期，2010 年，頁 19-25。
12. 林鴻裕、龍佛衛，從性別主流化的角度看醫療性別平等，醫療品質雜誌，第 3 卷第 3 期，2009 年，頁 79-83。
13. 黃志中、莊瑞君，性少數的健康照護，婦研縱橫，第 99 期，2013 年，頁 12-16。
14. 黃志中，性別暴力受害者之醫療照護，台灣醫學，第 16 卷第 3 期，2012 年，頁 302-307。
15. 許甘霖、王思欣，肥胖與減重問題—醫療化及商品化交織發展的過程，劉士承編，臺灣醫療 400 年，經典出版社，2006 年，頁 222-227。
16. 許伯陽，男性健康體適能年齡分組之研究，大專體育學刊，第 4 卷第 1 期，200 年，頁 191-201。
17. 高聖博，醫療專業中的性別關懷，醫療品質雜誌，第 3 卷第 4 期，2009 年，頁 72-74。
18. 彭滄雯，當官僚遇上婦運—台灣推動性別主流化的經驗初探，東吳政治學報，第 26 卷第 4 期，2008 年，頁 1-59。
19. 楊仁宏，建構性別敏感度的醫療照護，醫療品質雜誌，第 6 卷第 3 期，2012 年，頁 83-88。
20. 楊仁宏、成令方，「性別主流化」融入醫學課程的規劃，教育部性別平等教育季刊，2008 年，頁 43。
21. 蔡甫昌、曾瑾珮，女性主義生命倫理，醫學教育雜誌，第 9 卷第 1 期，2005 年，頁 18-31。
22. 簡至潔，從「同性關係」到「多元家庭」—朝向親密關係民主化的立法運動，2012 年 12 月，台灣人權學刊，第 1 卷第 3 期，頁 187-201。
23. 薛克利，關乎「覺察」與「態度」的醫療性別議題。醫療品質雜誌，第 5 卷第 5 期，2011 年，頁 74-77。
24. 謝若蘭，聯合國婦女會議與人權，台灣國際研究季刊，第 4 卷第 2 期，2008 年，頁 53-79。
25. 蕭美君，LGBT 相關健康與醫療議題，醫療品質雜誌，第 6 卷第 6 期，2012 年 11 月，頁 90-94。
26. 駱俊宏，台灣地區男性護理人員角色衝突與醫療服務品質的相關性，品質月刊，第 45 卷第 5 期，2009 年，頁 35-41。
27. 「性別意識融入醫學教育」專題，教育部性別平等教育季刊，第 43 期，2008 年。

## 「研討會或工作坊資料」

### 1 研討會

1. PBL 與醫學人文工作坊，醫學人文教育核心團隊圓桌會議，教育部資訊及科技教育司&醫學院評鑑委員會，2013 年 2 月 22 日。
2. 日中台醫療糾紛訴訟外解決機制研討會—CDPET 公益信託五年回顧與展開，陳忠純紀念促進醫病關係教育公益信託，2013 年 11 月。
3. 性別與科技規劃推動計畫—科技研究的性別工作坊（台北場），集思台大會議中心，2014 年 6 月 5 日。
4. 性別與醫學—從意識到實踐，2014 年第十二屆性別與健康研討會，大林慈濟，2014 年 5 月 17 日。
5. 臨床醫學人文專家會議，教育部資訊及科技教育司「103 年醫學專業教育改進延續計畫」，台大醫學院醫學教育暨生醫倫理學科，2014 年 9 月 14 日。
6. 第五屆醫學人文教育研討會，醫學人文教育核心團隊(MEH)，教育部資訊及科技教育司&醫學院評鑑委員會，2013 年 9 月 28 日。

### 2 法官學院性別平權講座

1. 許秀雯，多元家庭法制草案介紹，「103 年性別平權業務研討會法官學院」，2014 年 11 月 18 日。

### 3 「性別與醫療工作坊」－男性醫療相關參考文獻

1. 王道還，與變性人、泌尿科相關的議題，第一屆性別與醫療工作坊論文集，清華大學，2000年。
2. 吳嘉苓，醫療與男性－男性不孕，第一屆性別與醫療工作坊論文集，清華大學，2000年。
3. 張珣，性別與醫療－男性更年期，第一屆性別與醫療工作坊論文集，清華大學，2000年。
4. 楊明敏，精神醫學與思想所－Freud 與 Masculinity (男性格)，第一屆性別與醫療工作坊論文集，清華大學，2000年。
5. 巫毓荃，思鄉病與「性症候群」日治晚期台灣日台男性的心氣症，第五屆性別與醫療工作坊論文集，台灣大學，2005年。
6. 邱大昕，「殘障、慢性病與陽剛特質」，第五屆性別與醫療工作坊論文集，台灣大學，2005年。
7. 陳秋瑩，探討男性青少年暴力行為的相關因素：一個生理心理社會模式的實證性研究，第五屆性別與醫療工作坊論文集，台灣大學，2005年。
8. 杜思誠，危險的性？男同志轟趴參與者的愛滋風險認知與實作經驗，第七屆性別與醫療工作坊論文集，高雄醫學大學，2008年。
9. 范順淵，只會抽血的吸血鬼？－2008年男同志場所 HIV 篩檢評鑑計畫中的行動反思，第八屆性別與醫療工作坊論文集，中山醫學大學，2009年。

### 「碩士論文」

1. 林瑞益，應用資料探勘技術於全民健康保險研究資料庫-以慢性腎衰竭為例，大同大學資訊經營學系碩士論文，2005年。
2. 紀筱涵，醫療費用的性別差異－台灣健保資料之解析，長庚大學醫務管理研究碩士論文，2006年。
3. 彭徐毅，台灣地區急性心肌梗塞病患的醫療利用與30天致死率的性別差異，慈濟大學公共衛生研究所碩士論文，2008年。
4. 鄧乃綺，性別、社經地位對急性心肌梗塞患者醫療資源使用與預後狀況之影響，台大衛生政策與管理研究所碩士論文，2004年。
5. 鄧惠文，憂鬱症論述的性別政治：台灣近年平面媒體憂鬱症報導之內容分析，台北醫學大學醫學研究所碩士論文，2004年。
6. 廖秀慧，失能且獨居老人之概況描述與性別比較：人口學特性、健康特質、社會支持、醫療服務使用與居家環境，臺北醫學大學公共衛生學系碩士論文，2006年。

### 「國內網站及其他資料」

1. 王麗容，何謂性騷擾－你我的解讀相同，引用自  
[www.personnel.ntu.edu.tw/~persadm/960503sex.doc](http://www.personnel.ntu.edu.tw/~persadm/960503sex.doc)，最後引日為2014年12月29日。
2. 性別主流化。維基百科  
<http://zh.wikipedia.org/wiki/%E6%80%A7%E5%88%A5%E4%B8%BB%E6%B5%81%E5%8C%96>
3. 法務部全國法規資料庫  
<http://law.moj.gov.tw/>
4. 司法院法學資料檢索系統  
<http://jirs.judicial.gov.tw/Index.htm>
5. 司法院大法官  
<http://www.judicial.gov.tw/constitutionalcourt/p03.asp>
6. 衛生福利部  
<http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/Index.aspx>

### 「大陸期刊」

1. 尹雅芙、李雪娜、秀毛範至、冲崎貴琢、佐滕順一、油野民雄、李亞明，逼尿肌過度活動症患者及男性健康成人控尿狀態下大腦激活區的 SPECT 顯像，同位素，第 22 卷第 1 期，2009 年，頁 28-33。
2. 白振連、吳秋華，胰島素抵抗和相關激素水平檢測對中老年男性健康隨年齡變化的研究，泰山醫學院學報，第 28 卷第 4 期，2007 年，頁 248-250。
3. 陳英、王發芝、張金波，費縣 182 名男男性接觸者愛滋病相關知識、態度、行為狀況調查，中華疾病控制雜誌，第 13 卷第 4 期，2009 年，頁 479-481。

### 「外文書籍」

1. Kern DE, Thomas PA, Hughes MT. Curriculum development for medical education: A six-step approach, 2nd ed., Johns Hopkins University Press, 2009.
2. Legato JM. Principles of Gender-specific Medicine (Vol. 1 & 2) , 2nd ed, New York: Elsevier Academic Press , 2010.
3. A guide to creating gender-sensitive health services. The Women's Health Council, 2nd ed., 2007.

### 「外文期刊」

1. Arber S, McKinlay J, Adams A, et al : Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video simulation experiment. Soc Sci Med 2006;62:103-115.
2. Blair MI: Sex-based differences in physiology: what should we teach in the medical curriculum? Arch Physiol Educ, 2007; 31: 23-35.
3. Doyal L: Sex, gender and health: the need for a new approach. BMJ 2001;323:1061-1063.
4. Doyal L: Gender and the 10/90 gap in health research. World Health Organ 2004;82:162.
5. Kiss A, Meryn S : effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. BMJ 2001;323:1055-1058.
6. Lutfey K, Link C, Grant R W, et al.: Is certainty more important than diagnosis for understanding race and gender disparities? An experiment using coronary heart disease and depression case vignettes. Health Policy 2009;89:279-287.
7. Roger VL. Sex Differences in Evaluation and Outcome of Unstable Angina. JAMA 2000; 283: 7.
8. Verdonk P, Benschop Y W, de Haes H C, et al.: From gender bias to gender awareness in medical education. Adv Health Sci Educ 2009;14:135-152.

### 「外文網站資料」

1. Gender, women and health - World Health Organization  
[http://www.who.int/gender/other\\_health/en/index.html](http://www.who.int/gender/other_health/en/index.html)
2. European Society of Gender Health and Medicine  
<http://www.gendermedicine.org/>
3. Gendered Innovations  
<http://genderedinnovations.stanford.edu/>
4. Gender Medicine The Journal for the Study of Sex & Gender Differences  
<http://www.us.elsevierhealth.com/internal-medicine/gender-medicine-journal/15508579/>

5. Centre for Gender Medicine - Karolinska Institutet  
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=8993&l=en>
6. The International Society for Gender Medicine  
<http://www.isogem.com/>

## 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（簡要敘述成果是否有嚴重損及公共利益之發現）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），如已有嚴重損及公共利益之發現，請簡述可能損及之相關程度（以 500 字為限）

本研究主要著眼於無論是醫學教育或是畢業後的醫療職場（臨床工作），「性別議題」越來越重要，雖然國內的性別議題文章或書籍不少，但是在能夠與醫學教育或臨床工作結合的文章或教科書，仍屬鳳毛麟角，故希冀能以研究方式，將醫療實務與性別議題作結合，整理並發表幾篇醫療職場的性別文章，以做為醫學教育或醫療職場的性別教材。

## 科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期：\_\_年\_\_月\_\_日

<b>科技部補助計畫</b>	計畫名稱：		
	計畫主持人：		
	計畫編號：	領域：	
<b>研發成果名稱</b>	(中文)		
	(英文)		
<b>成果歸屬機構</b>		<b>發明人 (創作人)</b>	
<b>技術說明</b>	(中文)		
	(200-500 字)		
	(英文)		
<b>產業別</b>			
<b>技術/產品應用範圍</b>			
<b>技術移轉可行性及預期 效益</b>			

註：本項研發成果若尚未申請專利，請勿揭露可申請專利之主要內容。

## 科技部補助專題研究計畫執行國際合作與移地研究心得報告

日期：\_\_年\_\_月\_\_日

計畫編號	MOST — — — — —		
計畫名稱			
出國人員 姓名		服務機構 及職稱	
出國時間	年 月 日至 年 月 日	出國地點	
出國研究 目的	<input type="checkbox"/> 實驗 <input type="checkbox"/> 田野調查 <input type="checkbox"/> 採集樣本 <input type="checkbox"/> 國際合作研究 <input type="checkbox"/> 使用國外研究設施		

一、執行國際合作與移地研究過程

二、研究成果

三、建議

四、本次出國若屬國際合作研究，雙方合作性質係屬：(可複選)

- 分工收集研究資料
- 交換分析實驗或調查結果
- 共同執行理論建立模式並驗證
- 共同執行歸納與比較分析
- 元件或產品分工研發
- 其他 (請填寫) \_\_\_\_\_

五、其他



## 科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：\_\_年\_\_月\_\_日

計畫編號	MOST — — — — —		
計畫名稱			
出國人員 姓名		服務機構 及職稱	
會議時間	年 月 日至 年 月 日	會議地點	
會議名稱	(中文)  (英文)		
發表題目	(中文)  (英文)		

一、參加會議經過

二、與會心得

三、發表論文全文或摘要

四、建議

五、攜回資料名稱及內容

六、其他

## 科技部補助專題研究計畫國外學者來臺訪問成果報告

日期：\_\_年\_\_月\_\_日

計畫編號	MOST — — — — —		
計畫名稱			
邀訪學者 姓名		服務機構 及職稱	
國籍		來臺時間	年 月 日至 年 月 日
來訪目的 (可複選)	<input type="checkbox"/> 技術指導 <input type="checkbox"/> 實驗設備設立 <input type="checkbox"/> 計畫諮詢/顧問 <input type="checkbox"/> 學術演講 <input type="checkbox"/> 國際會議主講員 <input type="checkbox"/> 其他		

一、訪問過程

二、對本項專題計畫產生之影響、貢獻或主要成果

三、建議

四、其他

# 科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2015/10/12

科技部補助計畫	計畫名稱: 醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置(A05)
	計畫主持人: 王志嘉
	計畫編號: 103-2629-H-016-001- 學門領域: 課程與教學
無研發成果推廣資料	

103年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：王志嘉		計畫編號：103-2629-H-016-001-					
計畫名稱：醫學教育與醫療職場「以案例導向、爭點分析、正反思辨之性別教案」之建置(A05)							
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	3	1	100%	篇	
		研究報告/技術報告	10	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（本國籍）	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%		
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%		
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。）		文章發表（預計一篇，完成三篇）： 王志嘉，醫療職場如何進行性別與健康案例討論教學，醫品雜誌，第9卷第4期，2015年7月，頁96-102。 王志嘉，醫療職場的性別專業與性別科技創新，台灣醫界，第58卷第2期，1015年2月，頁30-33。 王志嘉，性別意識在醫病溝通、病情告知、與隱私權維護的應用，家庭醫學與基層醫療，第29卷第10期，2014年10月，頁271 - 275。					

	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）