

## 科技部補助專題研究計畫報告

### 健康與孩子的選擇題？--非法情境下台灣女同志進用人工生殖 科技的健康風險與醫療策略 (L03)

報告類別：成果報告  
計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 109-2629-H-037-001-  
執行期間：109年08月01日至111年01月31日  
執行單位：高雄醫學大學性別研究所

計畫主持人：胡郁盈

計畫參與人員：碩士級-專任助理：卓芸萱

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關衛生福利部  
，法務部  
(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)  
本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

中華民國 111 年 05 月 04 日

中文摘要：本研究企圖以性別、科技與社會之間動態的聚合與辯證關係為理論模型，探討在後同婚時代，女同志家長如何在醫療體制、法律規範、以及社會常規交會而形成的結構性限制中，承擔額外的社會成本與健康風險，運籌出自身的人工生殖計畫，轉變當代社會對於生育與家庭的想像。在釋字第748號施行法的法律限制下，同性伴侶若想共同擁有小孩，並且皆成為小孩合法的家長，只有透過親自生育一途，然而，我國人工生殖法仍然限制「已婚不孕夫妻」做為唯一進用對象，因此，渴望擁有小孩，卻不被允許共同收養的同性伴侶，想要在台灣現今的法律與醫療限制中誕育自己的親生子女，不被允許在台灣進行試管嬰兒施行的女同志伴侶，只能透過自行滴精、至婦科診所進行（法律地位不確定的）人工授精，抑或出國進行試管嬰兒等非常規醫療選項，同時也必須獨自承擔這些非常規的人工生殖實作所衍生的法律與醫療風險。因此，由於社會結構不平等而產生的代價卻轉嫁到女同志個人身上，可說是一種醫療與健康資源的不平等分配。為了能廣泛且深入的捕捉女同志家長的生殖醫療經驗，其面對的醫療資源不均與健康風險，及其因應的策略，本研究兼具深度與廣度的多元研究方法，結合問卷調查、網路經驗搜集分析、及焦點團體訪談，系統性的探討有意求子的女同志家長的人工生殖醫療經驗，分析在現今台灣的法律與醫療現實中：（一）女同志進用人工生殖方式的途徑與生殖選擇；（二）女同志對於人工生殖醫療風險的認知與管理；（三）人工生殖醫療專業的支援彈性與限制。藉此，本研究企圖描繪女同志如何使用自己的肉身與法律醫療體系相搏，發展出在地偷渡與跨國醫療的人工生殖策略，分析其中蘊含的性別少數女性身體自主與健康不平等議題，並思考實現女同志家長的健康平等與提升其主體能動性的可能方向。

中文關鍵詞：健康不平等、人工生殖、女同志、醫療風險管理、身體自主

英文摘要：Using the dynamic convergence and dialectical relationship between gender, technology, and society as a theoretical model, this research project attempts to explore how lesbian parents can bear the additional social costs and health risks in the post-marriage equality era amidst the structural constraints created by the medical system, legal regulations, and social conventions, on the one hand, and change the contemporary social imagination of fertility and family. However, Taiwan's artificial reproduction law still restricts the target user to "married infertile heterosexual couples." Lesbian couples who are not allowed to undergo IVF in Taiwan can only do so through unconventional medical options such as self-insemination, (legally uncertain) artificial insemination in gynecological clinics, or IVF abroad, and must bear the legal and medical risks associated with these unconventional artificial reproductive practices alone. Thus, the cost of social structural inequality is shifted to the individual lesbian, representing an unequal distribution of medical and health resources. To

systematically explore the experiences and strategies of lesbian parents in reproductive health care, this research project combines in-depth and extensive multivariate research methods with questionnaires, online experience collection and analysis, and focus group interviews. In this way, this research project attempts to depict how lesbians use their bodies to wrestle with the legal and medical system, develop strategies for artificial reproduction in local smuggling and transnational medical treatment, analyze the issues of bodily autonomy and health inequality for sexual minority women, and consider possible directions for realizing health equality and enhancing the agency of lesbian parents

英文關鍵詞：Health inequities, Artificial reproduction, Lesbian, Risk management (health care), Body autonomy

# 科技部補助專題研究計畫報告

(健康與孩子的選擇題？：

非法情境下台灣女同志進用人工生殖科技的醫療策略與風險認知)

報告類別：進度報告

■成果報告：完整報告/精簡報告

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST109-2629-H-037-001

執行期間：109年08月01日至111年01月31日

執行機構及系所：高雄醫學大學性別研究所

計畫主持人：胡郁盈

共同主持人：無

計畫參與人員：卓芸萱

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

出國參訪及考察心得報告

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關  
\_衛福部、法務部\_

(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)

本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

中華民國 111 年 04 月 29 日

## 目錄

中英文摘要及關鍵詞 .....	III
一、前言 .....	5
二、研究目的 .....	6
三、文獻探討 .....	7
四、研究方法 .....	13
五、結果與討論 .....	16
(一) 女同志進用人工生殖的途徑與困難概況 ( 跨國與否與目的地考量 ) .....	16
(二) 女同志進用人工生殖的狀況以及對於醫療介入的看法 .....	19
(三) 女同志進用人工生殖醫療細項的身體感受與風險因應 .....	21
(四) 女同志進用人工生殖的考量因素 .....	24
參考文獻 .....	26
附錄—焦點團體編碼網絡圖 .....	29

## 中英文摘要及關鍵詞

本研究企圖以性別、科技與社會之間動態的聚合與辯證關係為理論模型，探討在後同婚時代，女同志家長如何在醫療體制、法律規範、以及社會常規交會而形成的結構性限制中，承擔額外的社會成本與健康風險，運籌出自身的人工生殖計畫，轉變當代社會對於生育與家庭的想像。在釋字第 748 號施行法的法律限制下，同性伴侶若想共同擁有小孩，並且皆成為小孩合法的家長，只有透過親自生育一途，然而，我國人工生殖法仍然限制「已婚不孕夫妻」做為唯一進用對象，因此，渴望擁有小孩，卻不被允許共同收養的同性伴侶，想要在台灣現今的法律與醫療限制中誕育自己的親生子女，不被允許在台灣進行試管嬰兒施行的女同志伴侶，只能透過自行滴精、至婦科診所進行（法律地位不確定的）人工授精，抑或出國進行試管嬰兒等非常規醫療選項，同時也必須獨自承擔這些非常規的人工生殖實作所衍生的法律與醫療風險。因此，由於社會結構不平等而產生的代價卻轉嫁到女同志個人身上，可說是一種醫療與健康資源的不平等分配。為了能廣泛且深入的捕捉女同志家長的生殖醫療經驗，其面對的醫療資源不均與健康風險，及其因應的策略，本研究兼具深度與廣度的多元研究方法，結合問卷調查、網路經驗搜集分析、及焦點團體訪談，系統性的探討有意求子的女同志家長的人工生殖醫療經驗，分析在現今台灣的法律與醫療現實中：（一）女同志進用人工生殖方式的途徑與生殖選擇；（二）女同志對於人工生殖醫療風險的認知與管理；（三）人工生殖醫療專業的支援彈性與限制。藉此，本研究企圖描繪女同志如何使用自己的肉身與法律醫療體系相搏，發展出在地偷渡與跨國醫療的人工生殖策略，分析其中蘊含的性別少數女性身體自主與健康不平等議題，並思考實現女同志家長的健康平等與提升其主體能動性的可能方向。

關鍵詞：健康不平等、人工生殖、女同志、醫療風險管理、身體自主

Using the dynamic convergence and dialectical relationship between gender, technology, and society as a theoretical model, this research project attempts to explore how lesbian parents can bear the additional social costs and health risks in the post-marriage equality era amidst the structural constraints created by the medical system, legal regulations, and social conventions, on the one hand, and change the contemporary social imagination of fertility and family. However, Taiwan's artificial reproduction law still restricts the target user to "married infertile heterosexual couples." Lesbian couples who are not allowed to undergo IVF in Taiwan can only do so through unconventional medical options such as self-insemination, (legally uncertain) artificial insemination in gynecological clinics, or IVF abroad, and must bear the legal and medical risks associated with these unconventional artificial reproductive practices alone. Thus, the cost of social structural inequality is shifted to the individual lesbian, representing an unequal distribution of medical and health resources. To systematically explore the experiences and strategies of lesbian parents in reproductive health care, this research project combines in-depth and extensive multivariate research methods with questionnaires, online experience collection and analysis, and focus group interviews. In this way, this research project attempts to depict how lesbians use their bodies to wrestle with the legal and medical system, develop strategies for artificial reproduction in local smuggling and transnational medical treatment, analyze the issues of bodily autonomy and health inequality for sexual minority women, and consider possible directions for realizing health equality and enhancing the agency of lesbian parents.

Keywords: Health inequities, Artificial reproduction, Lesbian, Risk management (health care), Body autonomy

## 一、前言

在婚姻平權運動所激起的社會爭議之中，政府為了弭平巨大的社會對立，折衷雙方立場與訴求，在不更動民法相關條文，並且盡可能保障同性伴侶結婚相關的平等權利的前提之下，苦心造詣的推出七四八施行法。然而，雖然七四八施行法中關於同性伴侶結婚、離婚、繼承、夫妻財產制等等相關規範，都直接準用民法，與異性戀配偶適用的規定無異，但在同性配偶共同生育與撫養子女的權利與親權認定方式方面，七四八施行法與民法婚姻存在不可忽視的重要區隔。根據七四八施行法的第 20 條明文規定，「第二條關係雙方當事人之一方收養他方之親生子女時，準用民法關於收養之規定。」此規定看似平凡無奇，然細究其內容卻暗藏玄機。雖然同性婚姻的合法化，代表了台灣同志平等人權的重要進展，但對於同性伴侶家長與兒童而言，七四八施行法第 20 條「親生」條款卻在專法制訂上排除同性伴侶共同收養兒童的可能性。在這樣的法律限制下，同性伴侶若想共同擁有小孩，並且皆成為小孩合法的家長，只有透過親自生育一途。弔詭的是，在生理條件上，同性伴侶必須透過人工生殖技術的協助以及精卵子的捐贈始得孕育「親生」子女。然而一方面而言，我國代理孕母尚未合法，另一方面，我國人工生殖法仍然限制「已婚不孕夫妻」做為唯一的進用對象，而七四八施行法的施行，亦無直接使人工生殖法適用同性伴侶的效力。因此，七四八施行法第 20 條的「親生」要件，在法律上是一個相互矛盾的概念（oxymoron），男女同性伴侶在台灣的法律與醫療脈絡下，並無合法的管道可以誕育「親生」子女。

在婚權動員期間，透過媒體公開報導的同性伴侶家長生育故事，可以發現在台灣的法律與醫療限制之下，男同志伴侶只能通過國際代孕（意即出國到代孕合法的國家尋求代理孕母協助）擁有親生子女，然而國際代孕受限於高昂的經濟門檻，並非一般男同志伴侶可以進行。對於女同志伴侶而言，孕育親生子女的可能性相對較多，若排除在前一段異性戀婚姻生育的狀況，女同志伴侶可以透過自行滴精、至婦科診所進行（法律地位不確定的）人工授精，抑或出國進行試管嬰兒等選項來誕育親生子女。在這些公開的同性伴侶家長的成家敘事中，一個共同且不停重複出現的主題，即是如何在各項社會醫療與法律的不利條件中，努力尋找懷孕與生育的可能路徑。而台灣針對女同志伴侶生育狀況的先驅研究也指出，法律與醫療資源的排除，也使得女同志伴侶必須苦心積慮的設想各種手段以規避醫療院所的婚姻狀態審查，而不願或不能與醫療院所進行法律鬥智的女同志伴侶，



近年來則越來越多選擇前往外國接受試管嬰兒的醫療技術（何思瑩，2014）。

因此，渴望擁有小孩，卻不被允許共同收養的同性伴侶，想要在台灣現今的法律與醫療限制中誕育自己的親生子女，一來必須擁有相當的經濟實力（才能出國求子），二來必須設法熟習法律與醫療場域的運作（才能設法「偷渡」自己的同志身份），而這樣以經濟與文化資本做為誕育子女的先決條件，無疑是對於有意成為家長的同志伴侶的結構性社會排除。另一方面，當女同志伴侶為了求子，寧願隱瞞身份，或進行跨國移動，以獲取人工生殖醫療服務資源之時，也必須獨自承擔這些非常規的人工生殖實作所衍生的法律與醫療風險。因此，由於社會結構不平等而產生的代價卻轉嫁到女同志個人身上，可說是一種醫療與健康資源的不平等分配。有鑑於此，本研究的主要關懷即為，在以「親生」為收養要件，而人工生殖法卻又尚未對同性伴侶開放的前提之下，同性伴侶在其生理限制之下，如何獲得「親生」子女？其中又必須遭遇哪些與異性戀伴侶不同的醫療考量與風險？

## 二、研究目的

台灣同性婚姻的專法修訂，雖然由於社會異議而導致法律對同性伴侶家長的親權賦予產生差別對待，然而，整個運動歷程卻也提升了同志身份與生養子女之間連結的公眾能見度，可能將鼓勵更多同性伴侶將生養孩子納入人生規劃，因而擴大由於法律區隔而導致之同志生殖健康不平等的影響範疇。有鑒於此，女同志家長與人工生殖醫療的肉身周旋，及其因此發展出的健康風險管理策略，成為當前迫切需要關注的議題。本研究探討在後同婚時代，女同志家長如何在醫療體制、法律規範、社會常規、以及健康風險意識的交會中，運籌出自身的人工生殖計畫。本研究藉由探討有意求子的女同志家長的人工生殖醫療經驗，分析在現今台灣的法律與醫療現實中，女同志家長擁有的生殖選擇，以及隨之而來的生殖健康困境，並思考實現女同志家長的健康平等與提升其主體能動性的可能方向。<sup>1</sup>藉由紀錄女同志家長與人工生殖醫療科技肉身相搏的歷程，本研究關心女同志醫療使用者的社會邊緣處境如何

---

<sup>1</sup> 本研究計畫主要探討法律與社會之差別對待如何導致同志伴侶之生殖健康不平等。受限於台灣法律以及生理男性的生理機制，男同志除非與女性假結婚，否則並無矇混醫療與法律體制而進行地下代孕的可能。且若男同志尋求代孕，無論合法與否，使用的皆非自己的身體，因此其所遭遇之社會不平等主要在於經濟層面，較非生殖健康層面。因此，本研究計畫主要聚焦在女同志的生殖經驗探討，並非忽視或低估男同志在求子過程中所遭遇之困難，而是依研究主題，男同志之求子困境適宜另行計畫探討。

影響了她們人工生殖醫療決定以及隨之而來的健康風險，藉此讓國家制度能更加照顧女同志家長的生育與健康需求，以落實真正的女性生育自主與正義。

### 三、文獻探討

性別與健康相關研究已經普遍指出醫療科學場域中的知識生產與常規實踐，時常以異性戀與父權邏輯為預設，不僅鞏固了二元化的性別知識（Martin, 1991），也使女性與性/別少數主體的存在與經驗在醫療場域中被隱形（Sterling, 1993）。因此，醫療體系的權力運作對於身體的介入與控管，時常使女性與性/別少數醫療使用者無法感到自在，而艱深的醫療專業知識與高聳的醫療權威，也加深他們就診時的焦慮與無助。然而另一方面，相關學者也指出醫療專業知識的權威雖然看似難以撼動，女性與性/別少數醫療使用者在進用醫療科技的過程中，也會因個人經驗與知識而發展出許多與醫療科技協商與斡旋的策略。舉例而言，成令方（2002）便以女性於婦產科門診的就醫經驗，分析醫療使用者與醫護人員間的性別社會位置，並批判傳統醫病關係下診間知識交流的不平等；並進一步提出「醫用關係」（user-professional relationship）模型，指出應將醫療者與使用者皆視為「多重認同的主體」，雙方皆帶有對於醫療專業知識與女性身體的論述詮釋。在這個前提之上，若將「病患」的概念轉化為「醫療使用者」，使醫療人員與醫療使用者互為「醫用關係」主體，便有可能改變過去「醫病關係」關係中醫療專業與患者之間的知識權力不平等，並鼓勵患者積極參與就診過程，避免醫療知識與社會對於女體的權威論述，如何在診間再次加諸於女性醫用者身上。

另一方面，相對於醫療權威知識對於個人生理特性以及特殊醫療需求可能的忽略，醫療使用者如何運用個人隱微知識與醫療專業體制協商斡旋，也是研究者關注的焦點。吳嘉苓、黃于玲（2012）便歸納出四種醫用者在面對西醫醫療體制時，所開展出的行動樣態，分別是順從、偷渡、發聲、出走。在「順從」的行動樣態中，醫用者對於醫療經驗並非完全沒有怨言，但傾向相信「醫生怎麼說就怎麼做」；「偷渡」則是指無聲採取其他被西醫抨擊為「不科學」、「不安全」的醫療行為；而「發聲」是較為積極的行動模式，醫用者透過個人或社會團體表達、倡議對於醫療體制的不滿。最後，「出走」則是指醫用者會「逛醫生」，或是嘗試轉換醫療方式，以解決對於西醫體系的不信任。上述「醫用關係」模型的提出，以及醫療使用者面對醫療權力而發展出的協商策略，說明了當面對至高的專業體

制，常民醫用者需要更加長期的醫療參與，並與各領域專業者協力形塑更加個人化的醫護照顧途徑。然而，不同社會條件的醫用者能接觸使用到的醫療資源不均，擁有的社會文化資本也不同，再加上台灣社會文化對於弱勢族群既成的偏見，少數族群的婦女與性/別少數主體如何能夠積極主動的使用上述策略與醫療體系協商，便值得更深入的探討。

將視野轉向醫用者的性身分認同，女同志是一群時常被醫療知識與常規實踐所忽視的醫用者。在王紫菡（2013）的研究中，女同志最容易因為異性戀常規預設而在就診時感受身體與心理不適的科別就是婦產科。當政策制度與醫療資源並未看見女同志醫用者的需求，她們為了降低就醫時可能的困擾，大多數時候會順應著醫療體系中的異性戀預設保護自己，不揭露性傾向，然而同時卻也必須接受以異性戀邏輯預設的常規檢查內容。雖然大多數女同志醫用者皆「順從」醫療安排的選擇，少數也會採用「出走」的醫用行動策略，包括避免檢查，拒絕或被動延後就醫（例如認為做了抹片檢查也不等於不會生病，以疫苗的方式也能替代預防等等），來迴避在預設異性戀的醫療體制中就醫可能產生的不快與尷尬，然而，這樣的行動策略卻也可能導致女同志醫療照護上的缺口，而衍生更嚴重的醫療風險與健康問題。由上述的女性醫用者經驗，可發現在醫學知識生產中的女性身體醫療論述，大多以中產階級異性戀的生殖身體為模型，因而新住民婦女、原住民婦女或是女同志的醫療處境，及其特殊的文化形塑與健康需求，時常在醫療體制中被隱形，進而造成了少數族群婦女的生育健康與醫用資源的不平等。尤其是與婦女生育健康關係最密切的婦產科別，女性醫用者看似能做出個人的醫用決策，實則為受到父權社會公共檢視的主體，而社會少數族群的女性醫用者，更需面對族群、階級、與性別交織的結構性排除。

而當代生殖醫療科技一日千里的快速進展，也高度的醫療化了女性自然的孕產過程，並使女性的身體與生殖自主性降低。初期女性主義學者對於新生殖科技的出現多數抱持著悲觀的想法，認為醫療知識的快速發展將複製主流社會的性別邏輯，深化既有性別的系統。如 Wajcman（1995）指出臨床上醫生絕大多數都是男性，科學社群帶有父權主義的觀點，新生殖科技的發展只是再次成為與現代醫學共謀出的異性戀父權產物。類似的觀點是新生殖科技將抹滅女性在生殖上的主體性，認為製造更多對於女體的醫療侵入與暴露（Raymond, 1993），並批判新生殖科技會改變母職經驗，女性在醫療社會中被當成「孵卵器」（Corea, 1986; Morgan, 1989）。Cussins（1998）也指出當代不孕診療的過程，採用的都是主流

異性戀社會的標準，難以改變既有的父權性別政治。再者，美國人類學家 Rayna Rapp (2000) 也提醒，孕產生殖科技的設計，讓醫療體制得以決定是什麼樣的小孩可以進入我們的社會，而需要下生產決定的懷孕母親則成為在社會的「道德先鋒」，為國家社會進行下一代健康的把關，例如當女性想像「不完美的小孩」是社會負擔時，終止懷孕便是一個可能的選項。然而何謂「不完美的小孩」，顯然不只是產婦本人的主觀價值可以決定，而是摻雜了整體社會的常規價值規範。

然而，抱持「生殖科技將改變社會既有的性別關係」看法的研究者們，則認為需要看到行動者在進用生殖科技過程中展現出的獨立性與能動性 (Bijker, 1995)，不應忽略女性生殖經驗與健康需求的異質面，把使用科技的女性都當成無知的受害者 (Denny, 1994)。在此論點的發展中，最值得關注的辯論便是關於人工生殖科技的發展，如何一方面提供女性於異性戀性與生殖中解放出來的手段，另一方面卻也重新定義了母職對於女性身體的規訓，並重新型構了母職的性別政治。人工助孕科技的出現不僅分離了性與生殖，改變了母職之於父權社會體制的意義，性與生殖分離的再生產模式也促成了「新母職主體」的浮現 (Gimenez, 1991)，不願進入異性戀父權家庭的不婚女性以及女同志，都能藉由人工助孕科技更加有「生育自主性」 (reproductive right)。進一步地，助孕科技也帶出新的家庭形式與認同 (Becker, 2002)，一父一母的異性戀核心家庭不再是概念上與實踐上唯一可行的家庭組成方式，生理性單親與同性伴侶家庭都因人工助孕科技的協助而成為可能。

更進一步，將人工助孕科技視為提升女性生育自主性與能動性的科技進展，這樣的觀點很快的在人工生殖科技高度的醫療化、專業化與商業化的進程中受到反省與挑戰。在人工生殖醫療技術發展之前，「不孕」 (infertility) 主要被視為源自於婦女的不道德或精神與生理上的「貧瘠」 (barrenness) (Pfeffer, 1993)。然而，當二十世紀開始，由於生物學與醫學的快速進步，使得不孕開始成為可被科學評估與治療的病症之後 (Clarke, 1998)，不孕的治療迅速成為一項利益豐厚的產業，而人工生殖醫療也開始成為商業投資與獲利的標的 (McKinlay and Stoeckle, 1988)。與此同時，大眾媒體對於人工生殖科技的報導亦著重異性戀白人中產階級婦女從不孕到懷孕的「奇蹟」，而黑人、勞工與弱勢婦女並非媒體關注的對象，儘管他們的不孕率似乎較高 (Scritchfield, 1989)。因此，當人工生殖科技的專業化開始預設了種族與階級門檻，前述女性主義認為人工助孕科技可以為女性帶來生殖「自由」與「選擇」，似乎也成為規範性社會常規進行人口控

制管理的附隨 (Clarke, 1995)。另一方面，研究者也指出，在人工生殖醫療技術高度發展的過程中，醫療科技對於「不孕」的協助逐漸被認知為是一個自然的，平凡的，且有助婦女健康的過程 (Moore, 1999; Becker, 2000)，這個論述不但合理化了醫療科技發展對於生殖介入，也使得不孕婦女接受人工生殖醫療科技的協助成為一個不需懷疑的選擇，因此再度樹立了「生育下一代」在現代社會中的優勢價值地位，無論生理狀態是否能孕，在人工生殖科技的蔓延中，懷孕與生養對於現代婦女而言再度成為必然的人生之路。

由於女同志主體以同性為情慾對象，無法透過異性戀性關係自然的孕育下一代，因此，在人工助孕科技拆解「性」與「生殖」之間的連結之前，「女同志」與「母親」在邏輯上是相互扞格的兩個社會身份。在早期台灣的脈絡中，「女同志媽媽」主要指稱在前一段異性戀婚姻中誕育子女，婚姻關係結束後帶著孩子進入同性伴侶關係的女同志主體。根據何思瑩 (2008) 針對台灣女同志媽媽群體的先驅研究指出，過去「女同志媽媽」身份預設的異性戀婚姻歷史，常常使得她們的「女同志」認同難以開展，而其同性伴侶在共同承擔親職，付出經濟與情感資源時，也會遭遇同志友人告誡：「小孩跟你又沒有血緣關係，你傻傻的幫別人養大了，小孩子一樣不會認你，也不是你的。」 (何思瑩，2008：41)。可見早期女同志媽媽的身份不僅在主流社會不獲理解，也難以進入同志社群網絡，獲得社群資源的支持與協助。

儘管如此，隨著女同志媽媽社群的隱約成形，以及助孕科技的發展，成為「母親」對於女同志而言不再是不可能的任務，而母職與女同志身份也開始相互交會，不再是絕對的互斥關係。何思瑩 (2014) 的研究便關鍵的整理出台灣女同志媽媽社群與主體形成的三個歷史時期。最初 1990 至 2000 年代的女同志，由於社群尚未成形，社會理解與能見度低，法律醫療資源稀少，若非經由異性戀婚姻，想要成為母親的女同志需要自力救濟，單打獨鬥以設法偷渡法律與醫療體制，獲得人工生殖協助。進入第二個時期的轉捩點在於 2005 年，「女同志媽媽聯盟」成立 MSN 社群，並在隔年發行《拉媽報》，以網路社群與電子報的方式傳播女同志自助滴精的自行受孕技術，而社群集結也讓更多女同志得以共同討論自助滴精的修正方式，並提供了相關的專業人脈，以及尋求精子的網路，因而在社群建立的過程中，集體的母職渴望也逐漸成型。自 2012 年起，台灣女同志社群進入了海外人工生殖時期，許多女同志媽媽主動在網路上分享自身經驗，編譯不同國家的精子銀行網站頁面的英文資訊，大幅增進國外人工生殖的親近性與便利

性，而簡稱「A 卵 B 生」的 ROPA (reception of oocytes from partner) 的新生殖科技實作也因使用者期待增加雙方的生理連結而更加普及。然而，相對於女同志媽媽藉由自助滴精，在既有醫療體系之外，自創出自行受孕的技術連結，ROPA 作為女同志社群生育的新典範，高度科技介入受孕方式卻也帶來較高的經濟成本與健康風險，造成生育上的階級化。

國內尚未誕生特別聚焦女同志人工生殖醫療行為的學術研究；而借鏡國外的相關研究，可以發現在自 1970 年代人工助孕科技快速發展以來，女同志生殖對於人工科技的使用，主要聚焦在女性促性腺激素 (gonadotrophin) 生殖荷爾蒙的控制、精子篩檢與冷凍、以宮腔鏡進行子宮與輸卵管的檢驗、以及試管嬰兒與體外受精技術的持續演進等等 (Mamo, 2007; Luce, 2010)。與 1970 年代時的北美婦女健康運動中被高度推廣的自助滴精技術不同，這些人工助孕技術的使用，都需要人工生殖專業人員的協助，無法靠女性自主在家完成。更重要的是，相關醫學研究也已經證實，專業知識密度越高，侵入性越強的人工生殖醫療科技，對於女性健康產生的風險也越大。以促性腺激素治療為例，藉由促性腺激素的施打，可刺激女性卵巢排卵，並促成多個卵子同時成熟，目的是為了在進行體外受精時能有更多的卵子形成更多的胚胎，以提高受孕成功率。然而，早在 1960 年代，醫學研究就已指出，促性腺激素治療的風險包括卵巢過度刺激症候群 (可能引發腹痛、腹水、凝血功能異常、腎功能受損)，以及多胞胎妊娠 (容易導致早產、子癲前症、死產) (Gruhn & Kazer, 1989)。因此，女性曾經透過人工助孕技術而獲得的生育與健康自主權，在助孕科技高度專業化的發展下，又回到了醫療專業的手中。

在人工醫療科技快速進步的過程中，整體社會文化為了穩固異性戀生殖的本質不受動搖，將人工生殖科技「自然化」為異性戀生殖的協助工具，而在這樣對於人工生殖科技的平常化與合理化中，「必須要試試看」 (having to try) 的想法共同構築了求孕女性的人工生殖經驗 (Franklin, 1997)，而「試試看」可能帶來的健康風險則鮮少被重視與提及。而在女同志求孕的歷程中，她們的性少數身份，使得每一次的受孕嘗試，都是一連串的時間與精力投注在「運籌」多方法律醫療資源與限制的過程，因此若低科技的自助滴精失敗幾次之後，即便健康自主意識良好的女同志也會選擇進行高醫療侵入性的試管嬰兒相關療程 (Mamo, 2007)。另外，值得注意的是，女同志的生殖醫療行為並非完全由低醫療介入移往高醫療介入的線性發展，Mamo (2007) 的研究同時指出，女同志在多元人工

助孕科技之間移動的過程是一種「混雜的科技實踐」(hybrid-technology practices)，彰顯了女同志為了懷孕成功而接受高侵入性的人工生殖醫療時，她們也同時收編、抵抗、拒絕、協商醫療科技與常規價值規範的多重行動策略與主體能動性。

再者，在北美的脈絡中，如何選擇精子來源的選擇也是女同志運籌與協商人工生殖醫療科技的重要過程。根據 Laura Mamo (2007) 在美國與 Jacquelyne Luce (2010) 在加拿大的研究，一般而言，早期女同志進行自助滴精通常選擇認識的朋友捐贈精子 (known donor)，以求最低程度的醫療介入；然而，由於醫療與社會條件的轉變，女同志開始傾向尋求不認識的捐贈者，或是使用精子銀行的精子。一方面而言，在醫療條件的轉變上，隨著婦女健康支持團體逐漸式微，人工生殖醫療科技大幅專業化，到婦產科診所進行技術密度與侵入性相對較低的人工受孕 (IUI) 開始成為常見的女同志生殖選擇。然而，至診所進行 IUI 需要協商至少醫師、捐贈者，與女同志三方的時程表，而進行 IUI 有固定的時間窗口，因此增加了時間協商的難度；而與此同時，精子篩檢、冷凍與保存技術的提升，提高了精子銀行的可及性，使女同志可以更彈性的安排進行人工受孕的時間，然而卻也增加了必須的花費，提高了女同志進行人工生殖的經濟門檻。這個例子精準地說明了女同志進行人工生殖歷程中必須如何持續調動社會、經濟與醫療資源，才能成功的完成人工受孕歷程，只要其中一項因素無法配合，可能就會導致人工生殖嘗試的失敗，而迫使女同志繼續進行侵入性更高的試管嬰兒。

若以異性戀不孕治療的邏輯來看到台灣助孕科技的知識政治變遷，會發現 70 年代剛開始為了合理化非配偶間人工授精的施行，會希望醫用者能避免「血親迷思」，提倡使用他人精子並不等於通姦；然而 90 年代後，隨著體外受精、在顯微鏡下將精子注入卵子、試管嬰兒等技術的出現，都是再次強調以血親的方式創造新生命，在極度想要有基因子女的前提下，也淡化新生殖科技的爭議，如多胞胎的風險、可能造成的遺傳不孕，更甚者，在選擇精子時，會選擇和丈夫相似氣質的人，以拉近親子間的生理特徵，彌補「血親缺席」(吳嘉苓，2002)。在這樣的社會脈絡之中，女同志一方面抗拒血親迷思，擔心在法律不周的狀況下，若精子來源是熟悉的親友而可能在未來產生親權爭議，因而傾向採取匿名捐贈的精子(何思瑩，2008)；然而另一方面，「A 卵 B 生」人工生殖方式在女同志社群中逐漸盛行(陳政隆，2016)，也說明了孩子與孩子與女同志媽媽三方之間生理連結，日益受到女同志家長的重視。

由此可知，台灣社會整體關於家庭與血緣的論述形成與轉變，都深層影響著女同志家長的生殖選擇；而當信任醫療專業與創造血親連結成為台灣人工生殖醫療發展的主要趨勢，在法律限制下不被允許在台灣進行試管嬰兒施行的女同志伴侶，可預期的紛紛出國進行求子之旅，以避開法律規範，並滿足生殖醫療需求。然而，跨國移動過程中可能發生的語言障礙，文化適應，國界管理，配子捐贈的倫理議題，醫療服務高度商品化等現象（孫佳婷，2017），預期將會為女同志進行人工生殖醫療帶來更多需要「運籌」與交涉協商的知識系統與醫療行動者，因此提高跨國人工生殖的經濟與文化資本門檻。舉例而言，過去研究中女同志媽媽提到泰國只有價格較高、成功機率較高的試管嬰兒（IVF）療程，並無價格較低的IUI服務；相較之下，加拿大兩種技術皆有，但在經濟考量上也需要更多的食宿費用（陳政隆，2016）。另外，在這個網路互助的時代中，文化經濟資本高的女同志媽媽，透過用英文和醫生溝通、幫忙拿中譯者名片、整理資訊給其他女同志，試圖傳承各國術式的眉角與進行方式（何思瑩，2014），但相對而言，也說明文化資本較低的媽媽，只能被動接受相關的跨國醫療資訊，而少有主動尋求資源或評估需求的能力。在這個基礎之上，本研究計畫關心女同志醫療使用者集體的弱勢社會處境，如何影響了她們人工生殖醫療決定，以及隨之而來的健康風險。藉由深度紀錄並分析女同志家長與人工生殖醫療科技肉身相搏的歷程，本研究計畫希望讓同志家庭的多元面貌更能為社會所見，而國家制度能更加照顧女同志家長的生育與健康需求，以落實真正的女性生育自主與正義。

#### 四、研究方法

承上所述，本研究由現今台灣女同志家長之人工生殖醫療經驗出發，探討國內法律對於同性伴侶生育與領養子女的差別對待，將如何導致有意成為家長的女同志伴侶的健康與醫療不平等。為了能夠廣泛且深入的捕捉女同志家長的生殖醫療經驗，其面對的醫療資源不均與健康風險，及其因應的策略，本研究結合問卷調查、網路經驗搜集分析、及焦點團體訪談等多元研究方法，以期能兼具深度與廣度，以下就各項研究方法詳細說明：

1. 問卷調查：本研究問卷蒐集時間為 2021 年 5 月 7 日至 5 月 11 日，問卷連結公告於批踢踢實業坊（臺灣電子佈告欄）、2GIRL女子拉拉學園（網路論壇）、



Facebook 相關社團等，並藉由同志家庭權益促進會（「同家會」）<sup>2</sup>，以及女同志家長群組網絡進行發放，總計 52 人次填寫。此問卷發放的目的是在於廣泛蒐集女同志家長的人工生殖方式、關於醫療措施的選擇、對於醫療措施必要性與健康風險的評估、以及在醫療現場可能面對的難題，以了解現今台灣女同志家長進行人工生殖醫療與理解健康風險時整體的趨勢走向。

問卷內容的主題包括：1) 選擇何種人工生殖方式進行生育計畫（自行滴精、使用台灣在地人工醫療協助、跨國人工生殖、A 卵 B 生、冷凍胚胎等）；2) 使用過哪些侵入性醫療措施（陰道超音波、輸卵管檢查、子宮鏡檢查、促排卵藥物與針劑、破卵針、取卵時的麻醉方式、胚胎植入的輔助措施如胚胎膠<sup>3</sup>、免疫治療藥物等等）；3) 認為這些侵入性醫療措施的身體不適程度為何（0-5 分評分）；4) 對於這些侵入性醫療措施的健康風險了解程度為何（0-5 分評分）；5) 可透過哪些管道了解這些侵入性醫療措施可能的健康風險（自由網路搜尋資訊得知、同志家長社群或同志團體、醫療院所諮詢、其他管道等）；6) 在進行人工生殖過程中考量下列因素（花費、社群經驗、合法性、技術成功率、親友推薦、語言文化、地理距離、仲介或診所的服務品質、資訊透明程度、同志友善程度、該技術的健康風險）的影響程度（依照重要程度勾選 0-5）。問卷分析排除 9 份尚未進行過自助滴精、人工授精（以下簡稱 IUI）、試管嬰兒（以下簡稱 IVF）之經驗，<sup>4</sup> 呈現 43 位女同志使用人工生殖科技之概況。

2. 網路經驗搜集分析：第二部分網路資料的經驗搜集，研究者先以痞客邦部落格的標籤功能搜尋「#人工生殖」、「#試管嬰兒」、「#人工授精」等相關文章，排除醫療院所的人工生殖介紹，網羅以醫用者角度分享的人工生殖經驗。此

---

<sup>2</sup> 2011 年 4 月正式立案的「台灣同志家庭權益促進會」（簡稱同家會），致力於提高同志家庭的能見度，讓政府與社會大眾正視同志家庭的存在與正面價值，並給予相對應的人工生殖法案、生育政策、成家政策等支持。前身為 2006 年草創時期的「女同志媽媽聯盟 MSN 社群」、「北區邊緣同志口述歷史工作小組」，並於 2006 年起發行著名的「拉媽報」電子報，為同志的生育權、親權、婚姻權和伴侶權發聲。更多資訊介紹，請詳見官方網站：  
<https://www.lgbtfamily.org.tw/index.php>。

<sup>3</sup> 根據本人女同志友人跨國進行人工生殖的經驗，「胚胎膠」是一種進行胚胎植入時附加的輔助措施，據說能增加胚胎的著床能力，較不易受到子宮排斥而著床失敗。胚胎膠的資訊出現在當地診所提供的中文單張中，單張列明除了試管嬰兒的常規措施之外，還有其他哪些可以幫助受孕的醫療服務。然當地醫生並未詳細解釋胚胎膠作用之原理，女同志友人雖不清楚實際效果如何，是否有附加之健康風險，但為了求孕成功，仍然同意使用該輔助措施。

<sup>4</sup> IUI: Intrauterine insemination 人工授精（將精液洗滌、濃縮過後，去除精漿、活動力差的精蟲、紅血球、白血球、細菌及一些化學物質等，再以人工的方式直接注入到子宮腔內，讓精蟲自行游到輸卵管末端，和卵子做結合）。IVF/ET: In Vitro Fertilization and Embryo Transfer 體外受精與胚胎移植，通稱為試管嬰兒（過程為取出卵子和精子，在體外受精，發展為早期胚胎，再由子宮頸口植入子宮內）。

類部落格文章的發佈區間為 2002 年至 2021 年 7 月，共計約 640 篇。其中，大多數部落格的作者身分為具異性戀婚姻關係的女性，極少數作者身分為異性戀男性、單身女性、女同志。由於公開部落格中缺乏女同志人工生殖經驗的分享，研究者進一步採以女同志人工生殖相關社團內的個人經驗分享、留言討論進行比較分析，社團內部經驗分享區段為 2017 年至 2021 年 8 月。

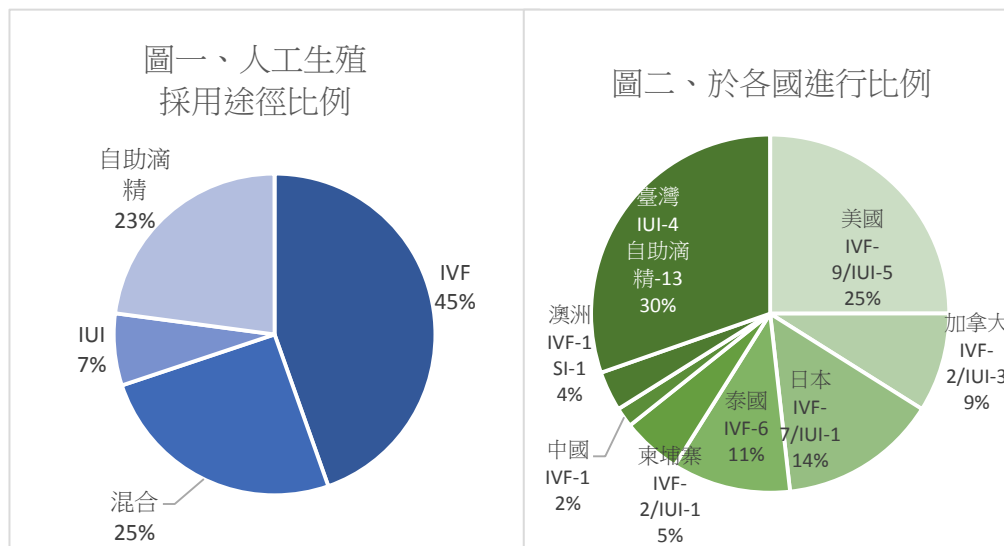
3. 焦點團體訪談：在執行問卷調查，並且對現今台灣女同志家長的生殖選擇、健康風險評估與醫療困境有大致的了解之後，研究者以第一階段問卷調查回收的資訊為基礎，召募女同志家長受訪者進行深度訪談，深度訪談的內容試圖進一步深度了解：1) 女同志家長進行人工生殖醫療選擇時的決策過程與因素；2) 對於常規與非常規的人工生殖醫療措施如何進行自我知識培力與風險管理；3) 如何在懷孕成功的終極目的與人工生殖醫療衍生的健康問題之間進行利益與損害的風險評估；4) 如何尋求醫療專業人員的協助；5) 如何處理在醫療現場發生的困難；6) 如何發展回應醫療資源限制與管理健康風險的創意策略……等等。

本研究針對曾有過人工生殖經驗的女同志家長進行兩場焦點團體訪談，訪談參與者的募集方式一方面透過立意取樣，由問卷填答者之中選取代表性的案例，邀請他們參與訪談，分享經驗；另一方面，也透過同家會、女同志家長社群、個人網絡與相關網路論壇，公開募集研究參與者，以期能更完整的蒐集女同志家長在台灣現今的法律與醫療現實中進行人工生殖的健康困境與因應策略。此階段研究參與者共計 13 位女同志家長（9 組家庭），其中 1 位正在嘗試初次懷孕，另 2 組家庭已於台灣自助滴精生產成功，其他組家庭則皆有跨國進行人工生殖的成功經驗，胚胎植入地國家（與台灣地理中心的直線距離由近至遠）與採取技術為：中國 IVF、日本 IUI、日本 IVF、泰國 IVF、澳洲 IVF、加拿大 IVF、美國 IVF。兩場次的焦點團體訪談在取得所有參與者的知情同意後，訪談過程皆全程進行錄音與錄影，並將錄音資料謄寫彙整為逐字稿妥善保存。本研究逐字稿藉由 ATLAS.ti 質性分析軟體輔助進行主題編碼與編碼網絡製圖，編碼圖請參照附錄一焦點團體編碼網絡圖（頁 XX）。

## 五、結果與討論

### (一) 女同志進用人工生殖的途徑與困難概況 (跨國與否與目的地考量)

概廓而言，根據衛生福利部國民健康署最新的〈2019 年人工生殖施行結果分析報告〉，<sup>5</sup>我國不孕夫妻於 2019 年進行人工生殖（含未完成取卵或植入之週期）的總週期數為 44,256，90.6% 為配偶間人工生殖，9.4% 為使用捐贈精卵。其中所有人工生殖治療方法中，以使用試管嬰兒方法的比例為最多，占 99.96%，其餘方法含 GIFT、ZIFT/TET 及 AID 等方法之比例均不超過 1%。<sup>6</sup>值得注意的是，依照人工生殖法第 5 條之規定，以夫之精子植入妻體內實施之配偶間人工授精（Artificial Insemination Using Husband's Semen, AIH），並不侷限於在人工生殖機構進行，因此個案資料不需通報，此報告之分析數據皆不包含此類配偶間的人工授精。由此可知，人工授精的 IUI 技術相對其他人工生殖技術而言，醫療取得性較高，執行的技術門檻較低。



根據網路問卷的填答結果，女同志採用人工生殖的途徑中（圖一），僅嘗試過 IVF 技術者為 19 位（45%）；11 位女同志填答者使用過一種以上的技術經驗（混合 25%），且其中 8 位皆有過 IVF 經驗；僅使用 IUI 技術者為 3 位（7%）；僅採自助滴精方式受孕者為 10 位（23%）。從圖一使用途徑比例的圓餅圖可知，

<sup>5</sup> 報告連結：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/TopicList.aspx?nodeid=233>。當年度我國有通報資料可進行人工生殖機構數共 87 家，進行人工生殖醫用者的活產嬰兒數為 10,678 位。

<sup>6</sup> GIFT：Gamete Intrafallopian Transfer 精卵輸卵管植入術（過程為取出卵子和精子，在體外受精，發展為早期胚胎，再由子宮頸口植入子宮內。）；ZIFT/TET：Zygote Intrafallopian Transfer/Tubal Embryo Transfer 受精卵/胚胎輸卵管植入術（精子和卵子在體外受精後植入輸卵管內，讓受精卵/胚胎自然由輸卵管進到子宮著床。）；AID：Artificial Insemination Using Donor's Semen 使用捐贈精子的人工授精（將捐贈的精蟲以注入方式注入子宮腔中）。

儘管 IUI 技術的醫療技術門檻較低，高比例的女同志填答者在進用人工生殖科技時，一開始便決定採用相對高侵入性的試管嬰兒技術。不過，由於部分女同志醫用者較為意識到健康風險，「不希望用外來的荷爾蒙混淆（生理週期）」，並降低人工植入受精卵時產生多胞胎高妊娠的機率，仍有兩成女同志填答者會採以低侵入性的自助滴精嘗試受孕。

其次，女同志填答者使用人工生殖科技的經驗中，高達 77%（33 人次）曾於國外進行過人工生殖。分析填答者於哪些國家使用人工生殖科技後，可於圖二圓餅圖中得知：採自助滴精的填答者大多數會於本國進行；若需要進行 IVF，傾向至美國、加拿大、日本診所進行為大宗，少數於泰國、柬埔寨、中國、澳洲進行；整體而言，女同志因囿於法規限制，高比例會選擇出國以獲得人工生殖技術的輔助。此部分問卷結果呼應了在網路經驗的討論中，女同志醫用者不同於不孕夫妻最大的關切點在於如何合法安全地取得健康精子，認為「（精子）進（口）不來，錢只是小問題」。由於國內精子銀行僅供異性戀夫婦透過醫事人員操作使用，國外精子銀行進口也受到法規限制，若欲自行於台灣進行自助滴精的女同志必須自行尋覓捐精者；也有女同志會選擇到達欲從事人工生殖的國家後，再透過診所或仲介面試不同的捐精者，這兩種方式都較難以預期捐精者的生活方式及身體情形，因此跨國進行人工生殖，成為解決精子獲得難題的方式。

在焦點團體訪談中，女同志家長認為跨國進行人工生殖時，該國的醫療專業程序完備，也可以使用精子銀行降低捐精者來認親的風險，以高昂花費換來安心感。選擇 IUI 進行人工生殖的受訪者，主要動機在於想要自然一些的受孕方式，而選擇 IVF 者的受訪者，最主要原因在於成功率較高，有些受訪者也顧慮到自主滴精並未篩選精子的品質而未考慮此受孕方式。相對之下，部分受訪者認為使用精子資料庫也有無法判別捐精者資料是否屬實的風險，無法篩選掉某些遺傳疾病，選擇自助滴精的方式相較下較為自由。另一方面在疫情影響下，許多受訪者也受限於無法出國進行人工生殖而轉向嘗試在台灣進行自助滴精。大部分受訪者也都提到若不需跨國進行人工生殖，各種人工授精的時程安排能較為彈性，工作也不需請長假，若身體有任何緊急狀況在本國也較能即時處理。

在跨國進用人工生殖的目的地考量上，受訪者們首要並未考量各國同志友善的程度，但會相互比較交流彼此在不同國家的醫療經驗中，醫護專業人員的友善程度、流程隱私與舒適度。在國家的選擇中，受訪者各自因：目的地飛行距離、自身可依血親身分歸化為特定國籍、某些國家不需透過仲介接洽、可使用中文與

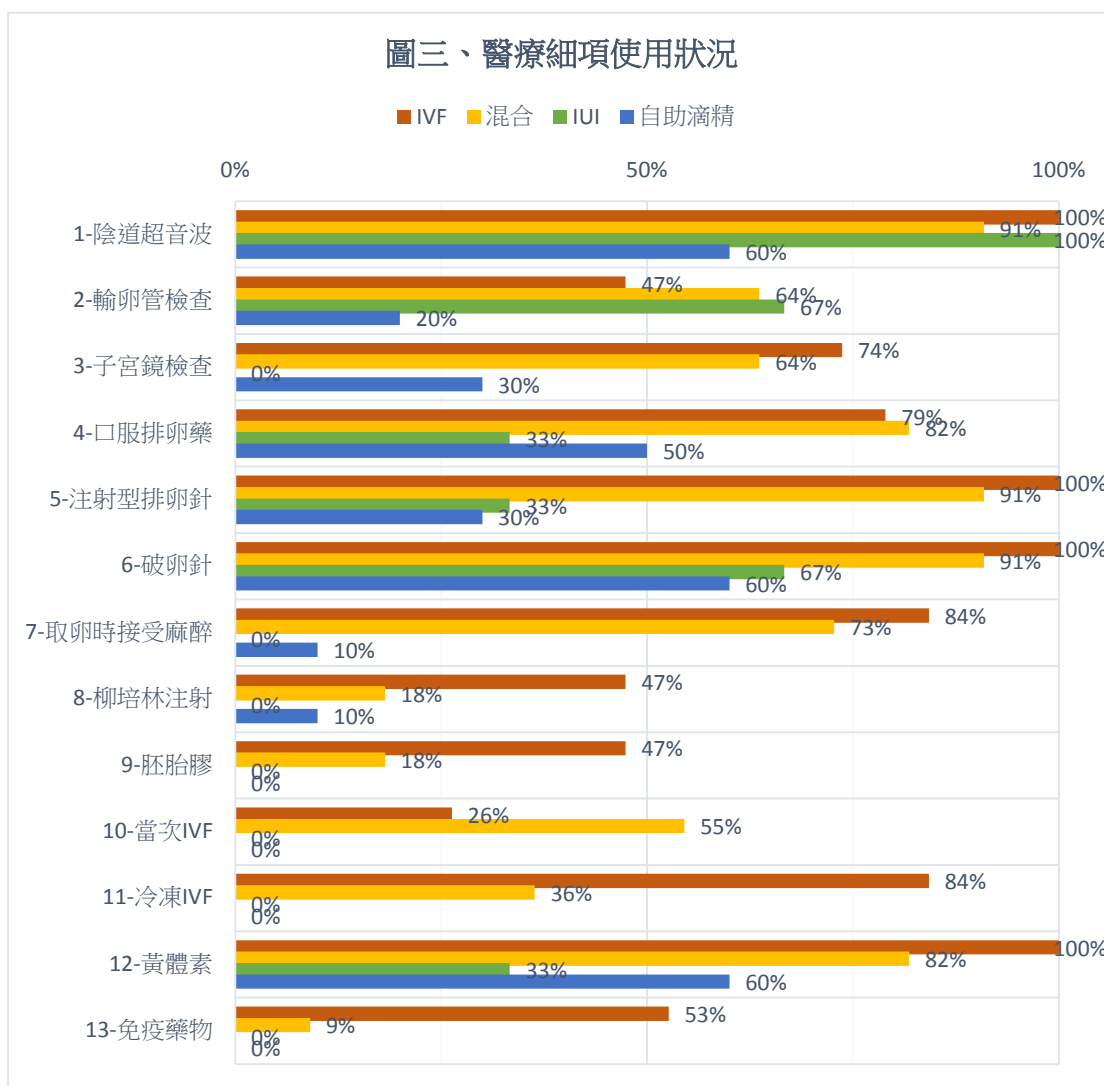
醫師交流、該國醫療品質較高、疫情感染率較低等等因素，而決定進行人工生殖的國家。進一步地，再次進行人工生殖的受訪者們會選擇前次成功進行的地點，一方面是熟悉醫療的流程安排，另一方面也平攤前期已取多顆卵進行冷凍胚胎的醫療與時間成本。

綜觀受訪者們於不同國家進行人工生殖的經驗，以下簡要概述近年各國人工生殖特點。根據受訪者的經驗分享，柬埔寨、泰國、中國的人工生殖服務流程較不透明且不穩定，且部分措施遊走法律邊緣。因此一方面而言，醫療使用者隨時皆有可能因相關法規的改變而無法進用人工生殖科技，另一方面需要擔心國境管控，且有時候需要跟著幫助進行人工生殖的醫師轉換醫療診所。其中，受訪者們選擇柬埔寨主要因為有一條龍的服務流程、費用相較歐美國家便宜；而同樣是一條龍服務的中國醫療診所，在問診過程中並無考慮到求診者的隱私，也由於絕大多數在中國進行人工生殖者以代理孕母為大宗，少有「自體自懷」的求診者，嘗試懷孕的一方往往在醫療處置中被客體化，少有可與醫療權威協商討論的空間。另一方面，丹麥、日本的人工生殖側重低劑量「自然」派受孕，由於日本法規並未明確規範非日本籍者是否可進行何種人工生殖技術的輔助，與日本醫療院所接洽必然得透過仲介，仲介甚至會主動決定凍卵的顆數比例，也十分強調醫師的權威感，冰冷的醫療院所並不歡迎小孩的出現，對於親子陪診不友善，但各項費用羅列清楚，距離臺灣相對距離較近，因此也成為女同志伴侶跨國生殖目的地。而最後醫療標準化、友善的國家代表為澳洲、美國、加拿大，澳洲無需透過仲介接洽，在精子選擇上是直接使用診所搭配合作的精子銀行；美國、加拿大則是對於同志與親子都持友善歡迎的態度，尊重護理專業、醫護階層性低，用藥標準化，並無使用肝素。

近代媒體報導將跨國尋求人工生殖醫療的過程概念化為「生殖旅遊」，然而根據受訪者的經驗，跨國旅程的重點是生殖而非旅遊，通常只有第一次到訪該國才有旅行的新鮮感，種種因跨國醫療產生的困難，反倒較為接近被迫到他國進行人工生殖的「生殖流亡」概念。絕大多數受訪者們皆面臨著各國間不對稱的醫療技術與資訊，例如為何需要特定的檢查、指數檢測？使用醫療劑量的落差／藥物形式如何決定？是否能不使用？如何能知道付款後不是詐騙？植入時胚胎的成熟程度要到多少？面臨著訊息溝通、物流管理的困難下，受訪者在跨國醫療銜接的過程，並不知情要告知特定的醫療資訊提供台灣醫師判斷需使用的劑量，或是無法在台灣找到他國醫師指定的用藥。再者，跨國醫療的選擇也十分受限，一些

受訪者便曾因疫情影響難以入國、飲食文化不同而身體適應不良；醫療行程的安排既不彈性也十分陌生，難有育兒的資源支援；更需擔心於各國法規的變動，控管對於精子的來源與使用方式、捐精者資訊的揭露。部分受訪者們便曾經歷過出國進行人工生殖卻重複失敗的困境，擔憂醫療疏失的補償管道，精子或冷凍胚胎的診所轉移費／保管費用十分高昂。

## (二) 女同志進行人工生殖的狀況以及對於醫療介入的看法

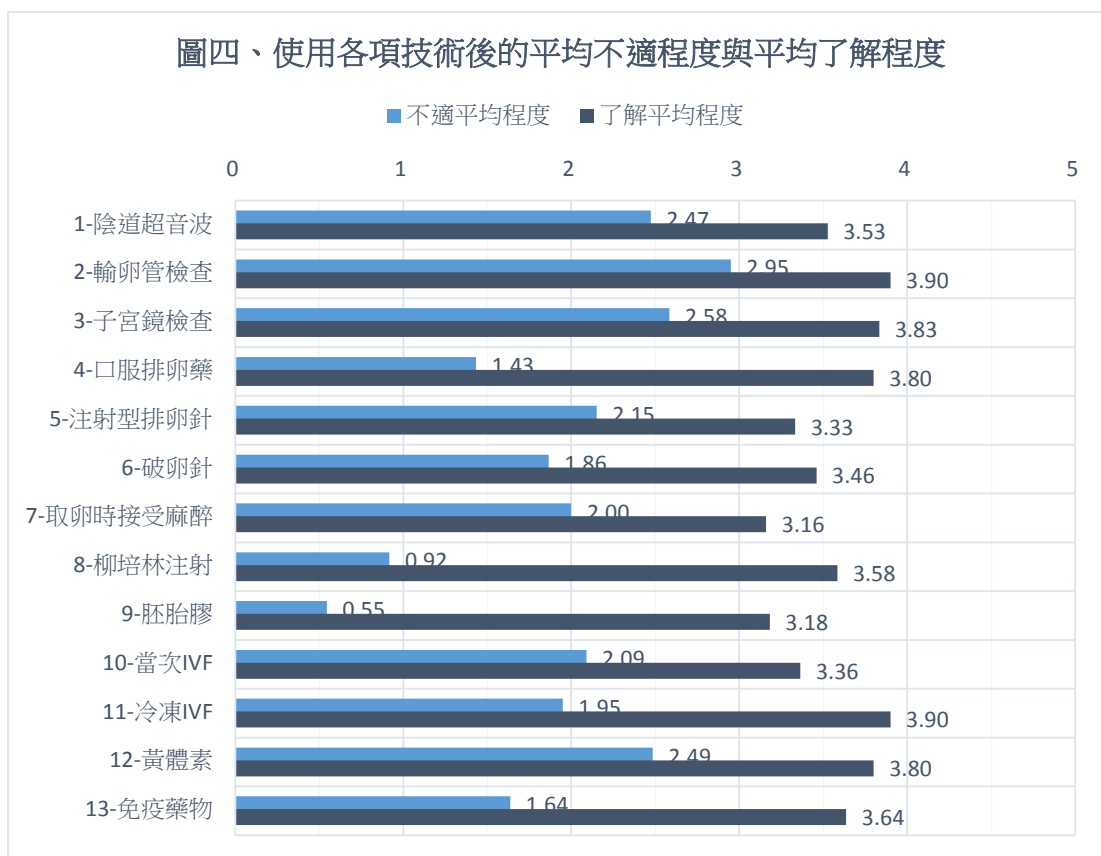


在醫療細項的使用狀況（圖三）中，可得知大部分填答者會選擇進行陰道超音波檢查、輸卵管檢查，並口服排卵藥、使用注射型排卵針與破卵針、服用黃體素；相較之下，IVF 的使用者需要考慮進行取卵時接受麻醉、柳培林注射、胚胎膠、免疫藥物等項目。再者，進行 IVF 的填答者相較其他人工生殖途徑也會選擇最多種醫療細項的介入；其中相較於當次植入胚胎的方式，此類填答者也較多採取配合生理週期以植入冷凍胚胎。而 10 位僅使用自助滴精的填答者中，大多

數會搭配進行陰道超音波檢查、口服排卵藥與黃體素、注射破卵針。而在焦點團體的受訪者們中，普遍皆有在不同的受孕階段選擇搭配使用中醫進行身體的調理，另外，受訪者也會在臺灣尋找搭配跨國醫療流程的人工生殖醫生，然若臺灣與目的地國家醫生的意見不同，選擇聽從何種醫療意見的責任又落到受訪者身上，且需獨自承擔後果。部分受訪者們會想要以較低的醫療介入受孕過程，會表達不想使用部分的醫療行為，在久未成功受孕後，才會選擇進行相關的受孕體質檢查。然大多數其他受訪者們普遍表示雖然會搭配指數監控調整用藥的劑量，但使用的藥品多到分不清；而若面臨特定的身體狀況（如可能流產）時，便會要求醫療院所將可使用的相關醫療劑量用到數值上限，而對於身體不適與健康風險的考量均少提及。

由於進行跨國人工生殖的女同志自身身體狀況不一定難以受孕，對於植入胚胎前是否需要進行相關的健康檢查（子宮鏡檢查），便在女同志網路社群的討論中呈現出兩面看法。其一是認為他國醫療價格較高，人還在台灣就「多照無妨」，想盡力排除降低不易受孕的身體因素，且軟式子宮鏡的彩色照片，相較於陰道超音波的黑白照，較能得知當前的生理狀態。另一派觀點則是有意識地拒絕非必要的醫療介入，「醫生建議我什麼都不要做」，若月經規律、不曾有異常疼痛或出血，或是沒有過異性性行為，無沾染風險，輸卵管沾黏的機率太低，不見得需要做到侵入性的子宮檢查項目。部分女同志醫用者在衡量醫事行為的必要性時，以是否能幫助胚胎著床為最優先判斷；然而也有女同志醫用者認為有些「愛賺錢的」醫生才會鼓吹需要以宮腔鏡刮除子宮內瘻肉，但高額的手術費並無法增加健康受孕的機率。就問卷填答的整體狀況而言，進行子宮鏡檢查的比例確實較低於陰道超音波檢查；然也有六到七成進行 IVF 者會選擇進行子宮鏡檢查，提前面對潛在不利受孕的身體因素。

### (三) 女同志進用人工生殖醫療細項的身體感受與風險因應



圖四的長條圖分別是以填答者在使用各項技術後，自陳平均不適程度與了解程度製成。由圖中明顯可看出填答者普遍對於技術的了解程度大於不適程度。其中平均而言，輸卵管檢查、子宮鏡檢查、服用黃體素、陰道超音波檢查是較為不適的項目；柳培林注射、使用胚胎膠則較不會有不適感受。普遍而言，眾多不孕女性表示侵入式的子宮鏡檢查是臨床中特別疼痛的項目之一，會在部落格詳加描述出醫生自顧自的說明子宮的狀態，醫用者早已因水沖進子宮腔時的劇烈疼痛無法回應，在檢查後醫生也未開抗生素以預防感染，表示「這讓我感到很不安」，診療過程並未顧及醫用者身體感受與提供感染風險的控管機會。

在不孕女性的醫用經驗中，大部分醫用者普遍反應施打排卵針後會有下腹部漲痛、施打黃體素後會像酒醉一樣暈針，若藥物過敏則會在每次施打針劑後出現眼睛腫脹，子宮鏡檢查中的含碘顯影劑造成噁心頭暈嘔吐；較為嚴重的是植入塞劑後造成的頭暈噁心、陰道搔癢等狀況。由於在人工生殖的不同週期中，會視不同目的（如促進卵泡成熟、受精卵著床等）服用或植入各種藥物與針劑，許多醫用者也反應「至於這針到底會不會不舒服，一樣忘記了，不過每次針劑的藥物副作用說明都差不多，所以也很難了解是誰的副作用」，因而無法避免不確定的後



遺症狀。另一位醫用者便感嘆醫生告知要視檢查結果才避開有致乳癌疑慮的藥物，「施打的這些針劑和食用的藥物都是會增加癌症風險的，唉！直接避免用那種藥不行嗎？還是效果不好？」，為了順利懷胎僅能被動遵照醫囑配合進行，以忍受、休息來緩解上述身體不適的情形，並視副作用為懷孕前的考驗。

然而，相對於上述異性戀受訪者對於醫用過程中產生的不適感受的陳述，對女同志醫用者平均而言自陳皆在程度3（適中）以下，推測女同志醫用者在不利的條件下，可能將人工生殖醫療的副作用與疼痛視為更加理所當然。焦點團體受訪者們的經驗也呼應了上述的看法，受訪者們普遍會自我進行身體的診斷，例如有些人會認為自身並無不利受孕的因素、懷孕機率高，因此順其自然放輕鬆，會中就是會中，對於輕度的醫療介入並無感到特別不適。另一方面，有些受訪者則對於跨國的受孕歷程有著不安全感、情緒焦慮不愉快，希望盡力懷上（及保住）胎兒，什麼能做的輔助方式都去做，即便反應了醫療介入所產生的身體不適感（如青春痘、輸卵管清洗造成的劇烈疼痛、肚子浮出水腫、腫塊、子宮因腹水污染而失白需重新來過、取卵後昏迷、頭暈站不起來等），也將之視為人工受孕的歷程之一，除非身體已無法再承受藥劑的注入，才會選擇自行換藥劑種類、求助醫師開止痛處方。

在了解程度的平均數比較上，問卷填答者普遍而言對於輸卵管檢查與子宮鏡檢查、冷凍 IVF 技術、黃體素的服用自陳為較了解；而對於破卵針、注射型排卵針、胚胎膠的使用、取卵時接受麻醉等細項比較沒那麼了解。值得注意的是，整體而言不孕夫妻在台的醫用過程中，大多認為 IVF 各階段的醫囑說明十分複雜，大部分醫用者為提高受孕機率，只能相信醫療權威的判斷；或因藥物眾多，無法反駁醫生未依檢測結果便判斷的不孕推論，表示「不管怎樣用就對了」，並無細究明瞭各種藥物或醫療行為的目的作用與副作用風險。女同志人工生殖經驗的討論中也類似於上述情況，除了少部分服用治療甲狀腺機能亢進藥物的女同志醫用者，會注意人工生殖醫療過程中可能產生的藥性間衝突與健康風險；大部分女同志醫用者並未對於人工生殖醫療藥物產生的副作用有相關討論，僅將焦點關注於檢查技術對於胚胎良率的影響。因此，雖然本問卷的填答者所自陳的了解程度普遍介於3至4之間，看似普遍都了解各項技術，其中仍值得深究女同志詳細的了解狀況為何、面對醫療權威的判斷又如何權衡自身醫用項目的使用方式。

舉例而言，女同志醫用者、不同人工生殖醫生間就對於胚胎著床前染色體晶片篩檢（PGS）有不同的見解：一種說法是儘管 PGS 檢驗後可以確認基因狀態，

但以 PGS 篩選精子或性別時，有缺陷的精子也容易被選入，降低關鍵的著床率，反倒增加不良胚胎的機率。在醫用考量的斡旋過程中，有些女同志醫用者在決定不使用 PGS 檢測後，會改以植入第五天囊胚的方式以減少胚胎異常的影響。而另一方面建議進行 PGS 檢驗的原因，在於不想增加懷孕後期的流產機率與基因問題，因此決定藉由檢驗提高受精卵的品質。

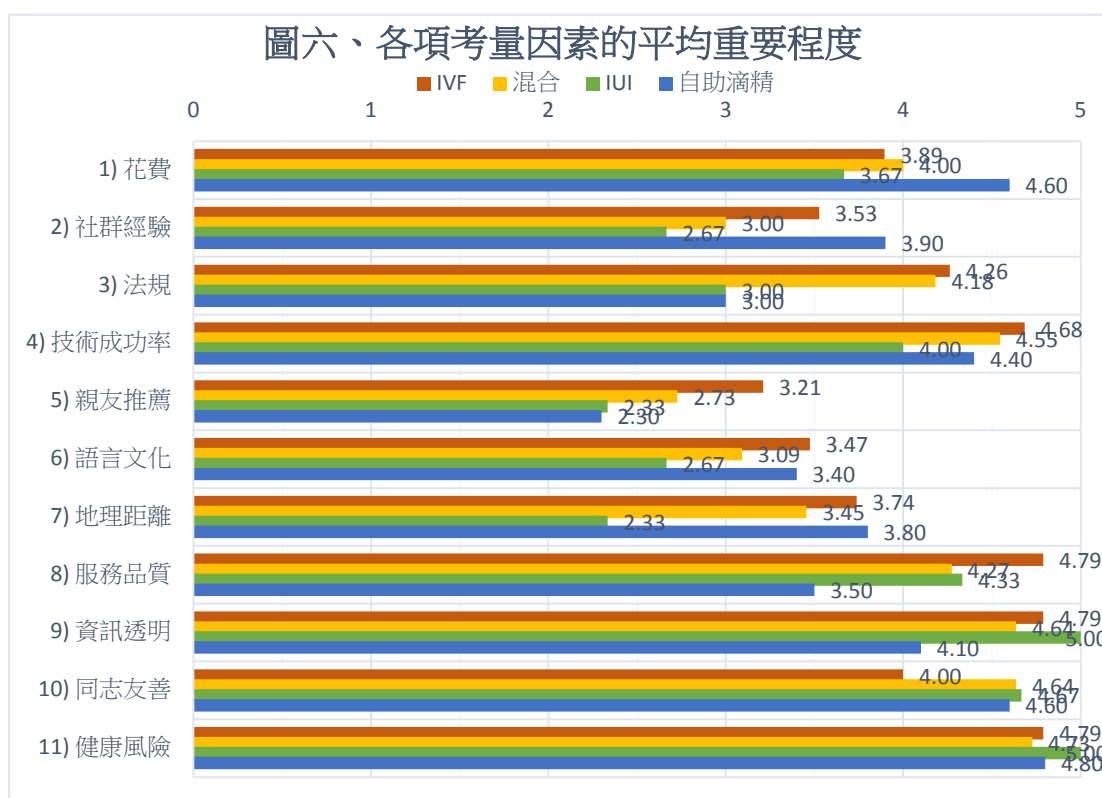
對於這兩派觀點的權衡，曾有女同志醫用者指出台灣醫生普遍主張「以量取勝」，不做 PGS 但多植入受精卵以增加成功健康受孕的機率；然而在面臨他國醫生堅決最多植入兩顆授精卵的情況時，台灣醫生則改口基於第二種看法，建議先做 PGS 檢驗。其中弔詭的是，在日本進行人工生殖醫療時，PGS 檢驗是切片後送回台灣檢測，女同志醫用者需要花更多金額、繞一大圈才能使用到與異性戀不孕夫妻相同的人工生殖醫療科技。

若醫療副作用牽涉到懷孕機率、胎兒健康時，女同志醫用者傾向不以自身健康為優先權衡其中的風險；當醫療診所避免過度刺激醫用者的卵巢，使用相較他院低量的排卵針劑，主打「以質取勝」培育健康卵子，卻未成功有可植入的卵子時，部分醫用者便為了使用到更高劑量的排卵針劑而轉換醫生。又或是懷上多胞胎後可能需要進行減胎手術，但減胎手術會有另一胎流產的風險，部分醫用者便傾向不去施行減胎術；而就胎兒健康的潛在風險而言，部分醫用者注意到進行單一精蟲顯微注射（ICSI）後會增加胎兒染色體病變的機率，<sup>7</sup>但為求成功懷孕的機率與更佳的受精卵狀態，主張可先進行ICSI後未來再加做羊膜穿刺檢查。

---

<sup>7</sup> ICSI：Intracytoplasmic Sperm Injection 卵質內精子注射（為顯微操作技術，將單隻精子注射到卵質內，使精卵結合受精的方法）。

#### (四) 女同志進用人工生殖的考量因素



在圖六各項考量因素的平均重要程度中，可明顯看出普遍而言，填答者最在意技術的健康風險、使用資訊是否透明、服務過程是否友善同志、技術成功率的高低；親友是否推薦為較低的考量因素。除此之外，僅使用 IVF 的填答者比起使用其他管道的填答者，較為在意服務品質、技術成功率、合法性，以及親友是否推薦；然而值得注意的是，IVF 對於醫用過程的同志友善程度平均重要程度為 4，相較之下較為低，有可能是能進行 IVF 的診所選擇有限，較無法以同志友善程度作為考量。僅使用自助滴精的填答者則會特別考量技術花費、社群使用該技術的經驗。

整體來說，由於進行人工生殖有其經濟門檻，女同志醫用者相較於不孕夫妻普遍會先於準備各項技術花費，花費的考量因素平均介於在中上程度。相較之下，許多不孕夫妻則會在部落格中詳列各項醫療措施或藥物的費用，以此考慮要不要再繼續進行、要再嘗試多少次人工授精或試管嬰兒療程，凸顯出不孕艱辛的心境。況且，更有醫用者在文章中告誡讀者，部分以不孕診療為主的私人診所，在初次進行諮詢後會逕行預設求診方欲積極進行試管嬰兒的長療程，「原來只是想諮詢，結果被一連安排做了一堆檢查、拿了一堆藥回家吃、花了一堆錢，胡里胡塗地，你就已經進入第一階段的療程了」，建議其他醫用者須在就診前分辨不

同不孕診所的療程長短，以免初次就診後破壞未來與不同醫生間潛在的醫用關係，減少可能的醫療選擇。

在經濟考量的比較層面上，女同志醫用者的討論則較集中於醫療收費的透明程度而非金額多寡，符合問卷結果中「資訊透明」項目的平均重要程度非常高。從計畫生育開始，女同志醫用者便積極進行養卵的自主健康管理、存錢負擔跨國進行人工生殖的高昂費用。然而初次與跨國仲介進行交涉的女同志醫用者，往往因視訊問診的溝通品質較低、接洽人員不熟悉各種項目詳細的收費區間計算、費用不斷調漲、翻譯問題等狀況，難以清楚明瞭費用說明表格內因個人用藥調整衍生的複雜金額計算，而在社群中詢問其他女同志醫用者是否也有「收費金額前後說詞不一」的疑慮。也由於許多國家對於人工生殖科技的使用權並無明確規範，遊走於法律邊緣的跨國醫療行為，更加重女同志醫用者擔憂可能會遭遇到嚴重的賄賂情形，上述皆是異性戀不孕夫妻不需經歷的經濟與人身安全風險。

## 六、代結論

綜上所述，欲進行人工生殖的女同志醫用者受限於各國法規、仰賴仲介接洽、醫療資訊不對稱、多方訊息溝通落差、如何彈性安排受孕時程等原因，普遍需要面臨著更高的不確定因素，如醫療人身安全、法律親權爭奪、經濟負擔、疾病傳染等風險。嘗試受孕的初期，女同志醫用者們會透過相關醫療檢測、篩選捐精者特徵，試圖控管使用友人精子或各大精子資料庫的健康風險。在有限可跨國進行人工生殖的國家中，儘管女同志醫用者們大多希望儘可能提高受孕率，在嘗試受孕的各個階段，部分醫用者們仍會運籌是否能有降低身體不適的用藥方式、在台灣與他國醫師相異的處方用劑中與兩方醫師諮詢協商；然女同志醫用者往往也需要自行承擔最終選擇如何用藥的相關後果，並且面對有限的醫療服務選擇，女同志醫用者更需要對於（跨國）人工生殖的相關技術、植入顆數、受精卵在不同天數的可能處置等有一定程度的先備知識，才得以有更高能動性與跨國醫療體制運籌出較適合自身的醫療安排。

## 參考文獻

- 王紫菡 (2013) 〈原生理女性女同志就醫經驗〉 (未出版之碩士論文)。高雄市：高雄醫學大學。
- 成令方 (2002) 〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》，3: 11-71。
- 何思瑩 (2008) 〈酷兒再生產：女同志的親職實作、生殖科技使用與情感認同〉 (未出版之碩士論文)。台北市：國立臺灣大學社會科學院社會學研究所。
- (2014) 〈「非法」情境下的酷兒生殖-台灣女同志的人工生殖科技實作〉，《女學學誌：婦女與性別研究》，35: 53-122。
- 吳嘉苓 (2002) 〈台灣的新生殖科技與性別政治：1950-2000〉，《台灣社會研究季刊》，45: 1-67。
- (2011) 〈編排風險：多胞胎孕育的多重社會科技網絡〉，《台灣社會學》，22: 111-156。
- 吳嘉苓、黃于玲 (2002) 〈順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析〉，《台灣社會學》，3: 73-117。
- 施麗雯 (2019) 〈孕產照護邏輯：台灣女性的新生育選擇與共同修補〉，《女學學誌：婦女與性別研究》，44: 1-46。
- 孫佳婷 (2017) 〈全球化下生殖旅遊現況與評析〉，《台灣公共衛生雜誌》，36(2): 95-106。
- 陳政隆 (2016) 〈「成/作為家長」大不易：男女同志之親職實踐〉 (未出版之碩士論文)。嘉義縣：國立中正大學社會福利研究所。
- 曾凡慈 (2010) 〈醫用者的運籌行動：形塑早期療育的照護軌跡〉，《臺灣社會學刊》，45: 63-116。
- Becker, Gay (2000) *The Elusive Embryo: How Men and Women Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Bijker, Wiebe E. (1995) Sociohistorical technology studies. In Sheila Tasanoff, Gerald E. Markle, James C. Peterson, and Trevor Pinch (Ed.), *Handbook of science and technology studies* (pp. 229-256). London: Sage.
- Clarke, Adele (1998) *Disciplining reproduction: modernity, American life sciences, and "the Problems of Sex"*. Berkeley: University of California Press.
- Corea, Gena (1986) The mother machine: Reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 11(5): 357-363.
- Cussins, Charis (1998) Producing reproduction: Techniques of normalization and

- naturalization in infertility clinics. In Sarah Franklin and Helena Ragone (Ed.), *Reproducing reproduction: Kinship, power, and technological innovation* (pp. 66-101). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Denny, Elaine (1994) Liberation or oppression? Radical feminism and in vitro fertilisation. *Sociology of Health & Illness*, 16(1): 62-80.
- Fausto-Sterling, Anne (1993) The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*, 33(2): 20-24.
- Franklin (1997) *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London: Routledge.
- Gimenez, Martha E. (1991) The mode of reproduction in transition: A Marxist-feminist analysis of the effects of reproductive technologies. *Gender & Society*, 5(3): 334-350.
- Gruhn, John G. & Kazer, Ralph R (1989) *Hormonal regulation of the menstrual cycle: the evolution of concepts*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Luce, Jacquelyne (2010) *Beyond expectation: Lesbian/bi/queer women and assisted conception*. University of Toronto Press.
- Mamo, Laura (2007) *Queering reproduction: Achieving pregnancy in the age of technoscience*. Duke University Press.
- Martin, Emily (1991) The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3): 485-501.
- McKinlay, John B. & Stoeckle, John D. (1988). Corporatization and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services*, 18(2): 191-205.
- Mol, Annemarie (2008) *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Moore, Pamela L. (1999) Selling Reproduction. In E. Ann Kaplan & Susan Squier (Ed.), *Playing Dolly: Technocultural Formations, Fantasies, and Fictions of Assisted Reproduction* (pp.80-86). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Morgan, Kathryn Pauly (1989) Of woman born? How old-fashioned!—New reproductive technologies and women's oppression. In Christine Overall (Ed.), *The future of human reproduction* (pp. 60-79). Toronto: Women's Press.

- Pfeffer, Naomi. 1993. *The Stork and the Syringe: A Political History of Reproductive Medicine*. Cambridge: Polity.
- Pinch, Trevor J. & Bijker, Wiebe E. (1984) The social construction of facts and artefacts: Or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. *Social studies of science*, 14(3): 399-441.
- Rapp, Rayna (2000) *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impacts of Amniocentesis in America*. New York and London: Routledge.
- Raymond, Janice G. (1993) *Women as wombs: Reproductive technologies and the battle over women's freedom*. New York: Harper Collins.
- Rose, Nikolas & Novas, Carlos (2005) Biological Citizenship. In Aihwa Ong & Stephen Collier (Ed.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 439-463). Oxford: Blackwell.
- Scratchfield, Shirley A. (1989). The infertility enterprise: IVF and the technological construction of reproductive impairments. In Dorothy C. Wertz (Ed.), *Research in the sociology of health care* (pp.61-97). Greenwich: JAI Press.
- Strathern, Marilyn (1992) *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester University Press.
- Thompson, Charis (2005) *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. London : The MIT press.
- Wajcman, Judy (1995) Feminist theories of technology. In Sheila Tasanoff, Gerald E. Markle, James C. Peterson, and Trevor Princh (Ed.), *Handbook of science and technology studies* (pp.189-204). London: Sage.





109年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：胡郁盈		計畫編號：109-2629-H-037-001-			
計畫名稱：健康與孩子的選擇題？--非法情境下台灣女同志進用人工生殖科技的健康風險與醫療策略 (L03)					
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)	
國內	學術性論文	期刊論文	0	篇	2021年女性研究學會年度研討會
		研討會論文	1		
		專書	0	本	
		專書論文	0	章	
		技術報告	0	篇	
		其他	0	篇	
國外	學術性論文	期刊論文	0	篇	
		研討會論文	0		
		專書	0	本	
		專書論文	0	章	
		技術報告	0	篇	
		其他	0	篇	
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次	聘請碩士級專任助理一名，聘期八個月，協助問卷發放與回收，資料整理、製圖，焦點訪談準備、逐字稿謄寫與分析等事務。
		碩士生	1		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	0		
	非本國籍	大專生	0		
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	0		
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。)					