



鍾道詮

雖性傾向不同的人其生理構造看似並無差異，關注同志（註 1）健康需求（註 2）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（註 3）發展狀況、人們所處的自然與人文環境都會深切影響人們健康(Mail & Safford, 2003)。而對同志不友善的社會環境必會影響同志健康及相關健康照顧體系使用狀況(Heck, Sell, & Gorin, 2006)。這種瞭解讓健康照顧體系開始從少數社群角度關注同志健康議題(Gay & Lesbian Medical Association, GLMA, 2002)。

本文首先針對同志與健康照顧體系間的關係做簡略交代；其次，說明何謂不友善環境；接著，本文將對同志不友善的健康照顧體系，依「結構性的障礙、健康照顧人員不友善的回應」兩面向進行介紹；最後，說明同志的心理及身體健康議題。

壹、同志與健康照顧體系

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（引自周華山，1995）。從此，同性相戀由單純個人行為，轉變成需被治療的「遺傳性疾病或心理缺陷」(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被視為病態或偏差的意識型態。

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）。縱使如此，至如今，卻仍有不少人抱持「同性戀者為心理不正常的一群人」的觀念(Mail & Lear, 2006)。這現象也反應過往

社會結構力量強勢影響人們對事物的觀看角度。

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變為健康照顧體系面對同志社群的關鍵議題(Shankle, 2006)。

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(鍾道詮，1998)。除愛滋議題外，臺灣對其餘同志健康議題的瞭解幾乎是零。

貳、不友善的環境

對同志不友善的外在環境必影響同志健康及健康照顧體系使用情形(Heck, Sell, & Gorin, 2006)。對同志不友善的環境多受異性戀霸權(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, Mattiske, & 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)影響。進一步在制度與文化層面，形成三種對同志的結構性歧視：被污名、被邊緣、與被漠視。

一、被污名

被污名指的是同志某些特質與一些負面概念連結，建構成社會真實(Goffman, 2010)。西元 1980 年代初期，愛滋的確先在男同志社群中蔓延，雖不同社群(包括異性戀者)感染愛滋病毒的例子隨後亦被報導，但被建構的「愛滋是男同性戀者天譴」的負面概念卻被塑造為社會真實，進而影響大眾對愛滋或同志的印象(Lupton, 1999)。因此，當某些同志的性少數身分被他人知悉後，被健康照顧體系強迫抽血檢驗愛滋病毒的情事至如今仍常被報導(D'Amelio et al., 2001)。這種將同志與愛滋勾連的舉止則是種污名的連結。

二、被邊緣

被邊緣意指因結構性或制度性力量，使同志無法接近或使用某些措施(Young, 2000)。由於同志不被視為具合法身分的公民(或被某些人視為變態或偏差)，當同志身分被他人知悉後，健康照護人員拒絕提供醫療服務的情事則時有所聞(e.g., Ryan & Gruskin, 2006)。這種不友善環境讓不少同志在面對健康照顧體系時，更不願坦露其身分，進而讓健康照顧人員無法針對同志提供適切服務，畢竟，健康照護人員不清楚其服務對象可能是同志(e.g., Robertson, 1998)。這狀況清楚呈現：縱使現今健康照護體系相當健全，同志卻可能因其身分而無法針對其獨特需求獲得適當服務與照顧。

三、被漠視

被漠視則為同志社群實際需求或生活

處境不被正視或承認(Wildman & Davis, 2000)。性的滿足其實是人類基本需求，卻因同志的身分與同性間性行為被某些人視為有違自然法則，因此同志關於同性性行為的疑惑並未受到部分健康照顧人員的承認與重視（亦即受到漠視）(Hernandez & Fultz, 2006)。

上述例子反應：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反是影響性傾向不同的人的健康及健康照顧體系使用的主要因素。對同志不友善的外在環境亦會造成健康照顧體系對同志社群的不友善。因而改善對同志不友善的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。

參、對同志不友善的健康照顧體系

對同志不友善的健康照顧體系從「結構性的障礙、健康照顧人員不友善的回應」兩面向（註 4）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、異性戀正統思維及恐同情結聯合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

在現有資源不友善的狀況下，同志社群常需面對「同志身分不被承認、是否得要現身、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顧人員知悉，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，受到健康照顧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, Bayliss, & Meads, 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, 2002)。

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啓此話題，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。

1. 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, Bayliss, & Meads, 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。

2. 「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)；但部分健康照護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，當健康照護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; Stuber, Meyer, & Link, 2008)。對同志而言，健康照護人員不友善的行為可分成五類(Bjorkman & Malterud, 2009; Hoffman, Freeman, & Swann, 2009)：

(一) 強迫同志改變性向

有些抱持異性戀霸權觀念的健康照護人員，在「尊崇異性戀，拒絕、詆毀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)。

(二) 拖延或拒絕提供服務給同志

在知道服務對象是同志後，有些健康照護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, Chou, Dibble, & Robertson, 2008; Stevens, 1992)。

(三) 不友善的態度

有些健康照護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)。

(四) 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)。

(五) 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，但有些健康照護人員卻仍不自覺地在某些同志面前使用同性戀此詞(Pennant, Bayliss, & Meads, 2009)。

Hoffman、Freeman 與 Swann (2009)的研究發現也呼應了上述整理：733 名上網回答問卷的青少年同志認為，健康照護人員的「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護體系遭

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（例如一名女同志也許在面對健康照顧人員時會說：「我不跟男人做愛，所以無須生育控制相關措施。」其未說口的意思則可能為：「我跟女人做愛。」) (Saulnier, 2002)。

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。

肆、心理健康需求

在不接受同志的社會中，同志的慾望與身分是被否定的，後者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(Meyer, 1995; Ryan & Gruskin, 2006)，進而使長期處在這種情境下的人可能反採用具破壞性的行為傷害自身，例如自殘與自殺(Hunter & Hickerson, 2003; Swigonski, 2006)。如果當人又處在缺乏適度社會支持的环境中，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，包括被學校老師同學另眼看待、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類型的壓力；如果同志決定不向她人現身，那麼隱藏身分或擔憂身分被知悉，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（無論女男）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，而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

在對同志不友善的環境中，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，曾有類似念頭的青少年同志比例則高達 30-40% (Morrow & Messinger, 2006)。但由於標定自殺身亡者的同志身分有一定的困難度（又當沒有遺書或遺言被留下時），使相關數目一直有被低估的可能(van Wormer, Wells, & Boes, 2000)。2010 年，幾則震驚美國社會的青少年同志自殺的事件，促使美國同志團體自發性地展開「明日會更好」(It gets better)活動，呼籲處在孤立無緣處境中的（青少年）同志在自殺前，能試著尋求助人專業或同志團體的協助，以度過生命難關。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。

伍、身體健康

身為少數社群，但女男同志由於仍有

生理性別差異，因此在身體健康面向，雖有共同須關注的事情，卻仍有各自得處理的議題。此外，由於現有健康照顧體系對同志的漠視，健康照顧人員亦常忽略對同志進行相關疾病衛教諮詢與篩檢。

一、女男同志共同得面對的身體健康威脅

(一)暴力

同志受到的暴力包括：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(Messinger, 2006; Swigonski, 2006)。

當家人無法接受同志時，暴力與傷害則是家人常有的反應；常見的傷害形式包括性傾向矯正嘗試、監控日常行為或毆打等(Hunter, Shannon, Knox, & Martin, 1998)。在對性少數不友善的學校環境中，同志學生受到同儕武器威脅或恐嚇的機會是異性戀學生的三倍(Holmes & Cahill, 2005)；不符合異性戀性別規範的學生亦常遭其他人語言羞辱或霸凌(Morrow & Messinger, 2006; Walton, 2005)。在社會中，仇恨暴力對同志造成的死亡與傷害遠超過其他類型仇恨暴力(Berger & Kelly, 1995)。在美國，2004 年，美國聯邦調查局(FBI)收到的仇恨暴力通報事件中，15.7%的案件與性少數有關(Dodd & Booker, 2008)。在臺灣，同志常遭他人勒索或仙人跳（吳瑞元，1997）；或被警檢單位以「維護社會秩序」為名持續騷擾（臺灣同志諮詢熱線協會，2010）。

暴力事件受害同志事後卻不一定會報

警，可能原因有三：1. 擔心自身同志身分曝光；2. 對警政單位或學校單位處理暴力或校園霸凌事件能力的懷疑與不信任；3. 擔心受到二度傷害(Tully, 2000)。

(二) 同志伴侶間的親密關係暴力

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)。

二、女男同志特有的身體健康需求

除生理女性常有的疾病外，相較女異性戀者，有較多的女同志會忽略乳房與陰道方面疾病(Baernstein et al., 2006)。女女間的性接觸，如皮膚摩擦、共同使用性玩具，會散佈人類乳凸病毒；女性感染人類乳凸病毒，有較大機率引發子宮頸癌(human papilloma virus, HPV)(Baernstein et al., 2006)。子宮頸癌、乳癌及婦科癌症則是幾個女同志較不注意的疾病(Dean et al., 2000)。另外，不少健康照顧人員亦常忽略女同志還是有懷孕生子與養育子女的念頭、經驗及相關病痛(GLMA, 2002)。

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而引發的肛門癌(anal cancer)

(Rhodes & Yee, 2006)。人類乳凸病毒是種經性行為散佈的病毒，但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」是減少人類乳凸病毒感染，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)。

但無論是人類乳凸病毒感染、睪丸癌、直腸癌、乳癌或子宮頸癌，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)。例如，相較女異性戀者，女同志從事相關婦科疾病檢查的比例一直偏低，而這現象使女同志社群中，有偏高比例的人罹患乳癌(Dean et al., 2000)。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。

陸、結語與建議

由於健康不單只是生理現象，亦受社會文化因素影響；進而使得不同社群在面對健康照顧體系時也會有不同的使用經驗與感受。由於現今社會對同志仍不算非常友善，因而也影響同志健康照顧及相關健康照顧體系使用狀況。而這些狀況都再次反應健康照顧體系內部需更細膩地自我檢討對同志的態度，並在尊重多元文化的前

提下，重新框架可提供同志的服務，進而讓其能真切地與被尊重地納入臺灣社會。

關於如何協助健康照顧體系改變對同志的不友善，進而能針對同志健康需求提供適當服務，筆者從兩個層面提供幾點淺見，以供參考。

一、改變同志社群被污名現況

(一)由於臺灣社會大眾對同志仍多抱有刻板印象，而這種刻板印象會進而影響健康照顧人員對同志的觀感。但反過頭來說，健康照顧體系亦可藉由自身努力，逐漸改變自身內部對同志的觀感，進而改變社會對同志的觀感。

(二)在各個健康照顧訓練體系中，教師可做的事情是：呈現同志議題時，細膩檢視這樣的資訊呈現是否在不知不覺中，增強既有對同志的刻板印象。

(三)讓同志從自身觀點發言，呈現其生命經驗、說說其在健康照顧體系曾有的經歷；並讓同志經驗能成為相關分析的基礎。

(四)針對不友善的環境進行教育，改善同志所需面對的惡質環境。以及針對歧視同志的社會與個人，訂定反歧視法，以降低歧視環境對同志帶來的傷害。

二、健康照顧體系對服務同志進行的準備

為改善現有健康照顧體系對同志議題的不熟悉，進而能讓同志在使用相關服務時，被適當對待，筆者亦從組織層面提出幾點建議：

(一)檢視健康照顧體系內部對同志員工的政策：除個人得自我檢視對同志的態度外，機構對同志員工的友善程度是另一個影響機構看待同志的關鍵因素。一個對同志員工友善的健康照顧體系亦會注意到同志的健康狀況與需求。

(二)檢視健康照顧體系服務對象是否包括同志、以及健康照顧體系是否能適切對待同志：同志除其身分而有特殊人生困境外，亦會面對生老病死等人生議題，因此在其生活中定會使用到健康照顧體系。這意味不同健康照顧體系都會面對服務同志的可能。

(三)留意健康照顧體系是否在不自覺狀況下，排除同志案主，或使其不願現身：如前所述，因社會對同志的污名過於強大，有些同志在接觸健康照顧體系時並未表白身分，進而使後者未留意同志接受服務時曾有的經驗或感受。如果健康照顧體系在自省後發現，未曾接觸或服務同志、或未曾有同志員工在機構內現身，健康照顧體系更反該留意，是否體系內部的政策、方針或做為在不自覺狀況下，排除了同志，或使同志不願現身。

(四)從教育與訓練的角度而言，同志議題該被納入相關教育中：將同志議題納入相關教育訓練，不在希望每位學生能變成同志領域內的專家，而是希望經由教育讓學生日後在面對同志時，不會因恐慌或負面印象，而傷害同志。

(五)相關教育訓練則得包括：察覺 (awareness)、態度 (attitude) 與知識 (knowledge) 三個面向。察覺：讓學生正視

社會中的確有不同的性少數。態度：讓學生注意到自身以怎樣的態度面對同志、及這種態度該如何修正。知識：讓學生明瞭在提供服務時，該擁有那些與同志相關的

知識與瞭解。

（本文作者鍾道詮現為東吳大學社會工作系助理教授）

註 釋

註 1：作者將盡可能一致地使用「同志」此詞；但由於本文亦會簡略交代過往（在「同志」此詞仍未被挪用的年代）發生的事，因此「同性戀」的概念也會適時被採用。而此現象亦反應，社會各界對同志議題的多元看法。

註 2：現今社會較易看到的性少數社群包括男同志、女同志、雙性戀同志、跨性別同志等。由於雙性戀同志與男女同志無論是身體構造、在社會經歷過的壓力與暴力都有類似性，因此本文不特別提及雙性戀同志的健康需求。至於跨性別同志健康需求，則因為牽連廣泛及本文篇幅有限，跨性別同志的健康需求亦不介紹。

註 3：此文中的健康照顧體系將泛指「促進人類身體與心理健康，或處理人類身體與心理健康疾病議題的機構」。而所謂健康照顧人員則是泛指在健康照顧體系中工作的人。

註 4：健康照顧體系內部可能是因為有著太多對同志不友善的健康照顧人員，才逐漸成為具障礙性的結構。但將具障礙性的結構與不友善的健康照顧人員分開探討，卻能有助於我們釐清與深入瞭解相關議題；因此，本文仍分別處理此兩議題。

參考文獻

吳瑞元(1997)。孽子的印記：臺灣近代男性「同性戀」的浮現(1970~1990)。中壢：國立中央大學歷史研究所碩士論文。

周華山(1995)。同志論。香港：香港同志研究社。

曾凡慈譯(2010)。污名：管理受損身分的筆記(Stigma: Notes on the management of spoiled identity)。臺北：群學。

臺灣同志諮詢熱線協會(2010)。彩虹熟年巴士：12 位老年同志的青春記憶。臺北：基本書坊。

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。臺灣社會研究季刊，第 57 期，頁 41-85。

劉達臨、魯龍光(2005)。同性戀性史。臺北：柏室科技藝術。

- 鍾道詮(1998)。男同志在面對愛滋病與愛滋病烙印時的壓力及其因應策略。臺灣性學學刊，第4卷第1期，頁16-27。
- 鍾道詮(2011)。同志面對的暴力與傷害情境。婦研縱橫，第94期，頁2-15。
- Auerbach, J. (2008). Lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: Progress and challenges. *American Journal of Public Health*, p.970.
- Badgett, M. V. L. (2003). *Money, myths, and change: The economic lives of lesbians and gay men*. Chicago: University of Chicago Press.
- Baernstein, A., W. B. Bostwick, K. R. Carrick, P. M. Dunn, K. W. Goodman, T. L. Hughes, N. Markovic, J. M. Marrazzo, & H. A. Smith (2006). Lesbian and bisexual women's public health. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health* (pp. 87-118). New York: Harrington Park.
- Bartholomew, K., K. V. Regan, M. A. White, & D. Oram (2008). Patterns of abuse in male same-sex relationships. *Violence and Victims*, 23(5), 617-636.
- Berger, R. M., & J. J. Kelly (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., & K. Malterud (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 238-243.
- Blumenfeld, W. J., & D. Raymond (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, U. (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, D. R., J. Fawcett, M. Sullivan, K. D. Senturia, & S. Shiu-Thornton (2006). Understanding the experiences of lesbian, bisexual and trans survivors of domestic violence: A qualitative study. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 159-181.
- Bybee, J., E. Sullivan, E. Zielonka, & E. Moes (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.
- Cruikshank, M. (1992). *The gay and lesbians liberation movement*. New York: Routledge, Chapman & Hall.
- D'Amelio, R., E. Tuerlings, O. Perito, R. Biselli, S. Natalicchio, & S. Kingma (2001). A global review of legislation on HIV/AIDS: The issue of HIV testing. *Journal of Acquired Immune*

- Deficiency Syndromes*, 28(2), 173-179.
- Dean, L., H. M. Ilan, K. Robinson, R. L. Sell, R. Sember, V. M. B. Silenzio, D. J. Bowen, J. Bradford, E. Rothblum, J. White, P. Dunn, A. Lawrence, D. Wolfe, & J. Xavier (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 101-151.
- Dodd, S. J., & K. C. Booker (2008). Social work practice with lesbian individuals. In G. P. Mallon (Ed.), *Social work practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender people* (pp. 113-140). New York: Routledge.
- Ellis, M. L. (2008). Homophobia is the patient. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 14(3), 313-324.
- Fell, G. R., J. K. Mattiske, & D. W. Riggs (2008). Challenging heteronormativity in psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 4(2), 127-140.
- Filiault, S., M. Drummond, & J. Smith (2008). Gay men and prostate cancer: Voicing the concerns of a hidden population. *Journal of Men's Health*, 5(4), 327-332.
- Gay & Lesbian Medical Association. (2002). *Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual and transgender patients*. Washington D.C.: the Gay and Lesbian Medical Association.
- Harvey, J. M. (2006). Improving health care for the lesbian and gay communities. *The New England Journal of Medicine*, 354(9), 895-897.
- Heck, J. E., R. L. Sell & S. S. Gorin (2006). Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1111-1118.
- Hernandez, M., & S. L. Fultz (2006). Barriers to health care access. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health* (pp.177-200). New York: Harrington Park.
- Hinchliff, S., M. Gott, & E. Galena (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, K. L., & T. Vacha-Haase (2010). Staff perceptions of same-gender sexual contacts in long-term care facilities. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 776-789.
- Hoffman, N. D., K. Freeman, & S. Swann (2009). Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 222-229.
- Holmes, S. E., & S. Cahill (2005). School experiences of gay, lesbian, bisexual, and transgender youth. In J. T. Sears (Ed.), *Gay, lesbian, and transgender issues in education: Pro-*

- grams, policies, and practices (pp. 63-76). New York: Harrington Park.
- Hunter, S., & J. Hickerson (2003). *Affirmative practice: Understanding and working with lesbian, gay, bisexual, and transgender persons*. Washington, DC: NASW Press.
- Hunter, S., C. Shannon, J. Knox, & J. I. Martin (1998). *Lesbian, gay, and bisexual youths and adults: Knowledge for human services practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Irwin, J. (2008). Challenging the second closet: Intimate partner violence between lesbians. In B. Fawcett & F. Waugh (Eds.), *Addressing violence, abuse and oppression: Debates and challenges* (pp. 80-92). London: Routledge.
- Kelley, L., C. L. Chou, S. L. Dibble, & P. A. Robertson (2008). A critical intervention in lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teaching & Learning in Medicine*, 20(3), 248-253.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London; Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lupton, D. (1999). Archetypes of infection: People with HIV/AIDS in the Australian press in the mid 1990s. *Sociology of Health and Illness*, 21(1), 37-53.
- Mail, P. D., & W. J. Lear (2006). The role of public health in lesbian, gay, bisexual, and transgender health. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health* (pp. 11-32). New York: Harrington Park.
- Mail, P. D., & L. Safford (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. B. (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, V. M., & S. D. Cochran (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.
- Messinger, L. (2006). Social welfare policy and advocacy. 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. 427-459). New York: Columbia University Press
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health & Social Behavior*, 36(1), 38-56.

- Meyer, I. 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, D. F., & L. Messinger (2006). Gay, lesbian, and bisexual identity development. 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. 81-104). New York: Columbia University Press
- Neely, C. (1999). Homophobia: Problem or challenge? *The New Social Worker*, 6(3), 14-18.
- Pennant, M. E., S. E. Bayliss, & C. A. Meads (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.
- Rhodes, S. D., & L. J. Yee (2006). Public health and gay and bisexual men: A primer for practitioners, clinicians, and researchers. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health* (pp. 119-144). New York: Harrington Park.
- Robertson, A. E. (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.
- Ryan, C., & E. Gruskin (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, C. F. (2002). Deciding who to see: Lesbians discuss their preferences in health and mental health care providers. *Social Work*, 47(4), 355-365.
- Shankle, M. D. (2006). *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health*. New York: Harrington Park.
- Spinelli, F. (2008). *The advocate guide to gay men's health and wellness*. New York: Alyson.
- Stevens, P. E. (1992). Lesbian health care research: A review of the literature from 1970 to 1990. *Health Care for Women International*, 13(2), 91 - 120.
- Stuber, J., I. Meyer, & B. Link (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351-357.
- Swigonski, M. 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.

- Tully, C. T. (2000). *Lesbians, gays & the empowerment perspective*. New York: Columbia University Press.
- van Wormer, K., J. Wells & M. Boes (2000). *Social work with lesbians, gays, and bisexuals: A strength perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Walls, N. E. (2010). Religion and support for same-sex marriage: Implications from the literature. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 22(1), 112 - 131.
- Walton, G. (2005). Bullying and homophobia in canadian schools: The politics of policies, programs, and educational leadership. In J. T. Sears (Ed.), *Gay, lesbian, and transgender issues in education: Programs, policies, and practices* (pp. 89-102). New York: Harrington Park.
- Wildman, S. M., & A. D. Davis (2000). Language and silence: Making systems of privilege visible. In M. Adams, W. J. Blumenfeld, R. Castaneda, H. W. Hackman, M. L. Peters & X. Zuniga (Eds.), *Readings for diversity and social justice* (pp. 50-60). New York: Routledge.
- Young, I. M. (2000). Five faces of oppression. In M. Adams, W. J. Blumenfeld, R. Castaneda, H. W. Hackman, M. L. Peters & X. Zuniga (Eds.), *Readings for diversity and social justice* (pp. 35-49). New York: Routledge.