

臺灣教育社會學研究 十八卷一期

2018年6月，頁91~145



性別融入醫學：醫學教育性別素養指標 建構之探究

楊幸真、顏正芳

摘 要

本研究運用行動研究建構性別素養指標，作為規劃性別融入醫學教育之課程指引、教學目標與學習評量工具。根據研究結果，性別素養指標分為核心與進階能力兩大學習階段，指標架構包含主要面向、衍伸主題及能力指標。兩大階段的主要面向分別是：性與性別、性別與人際關係、性別健康與醫療、性別權力與權益；診斷與治療、精神醫學與性別。而性別素養是兼具性別知識、態度與行動之統合能力。本研究認為藉由性別素養指標將性別鑲嵌入醫學教育中，其意義與價值在於透過系統性的性別素養學習，讓明日醫師對於不同性別者有一定的認識，讓不同性別者在近用醫療資源時，皆能獲得平等的就醫權益與服務，承傳起大學促進教育性別主流化與公平正義之社會責任。

關鍵詞：性別素養、性別素養指標、指標建構、醫學教育、行動研究

• 本文作者：楊幸真 高雄醫學大學性別研究所教授暨附設醫院臨床醫學部研究員。

顏正芳 高雄醫學大學醫學系精神學科暨附設醫院精神科教

授。

- 投稿日期：106年10月11日，修改日期：107年4月10日，接受刊登日期：
107年5月4日
- DOI：10.3966/168020042018061801003

*Integrating Gender into Medicine: Research on
the Construction of Gender Competence
Indicators in Medical Education*

Hsing-Chen Yang

Professor

The Graduate Institute of Gender
Studies

Kaohsiung Medical University

&

Researcher

Department of Medical Research
Kaohsiung Medical University

Hospital

Cheng-Fang Yen

Professor

Department of Psychiatry
School of Medicine

Kaohsiung Medical University

&

Department of Psychiatry

Kaohsiung Medical University
Hospital

Abstract

Using an action research approach, this study aimed to develop gender competence indicators (GCIs) to construct a framework for mainstreaming gender into medical education. Based on research results, GCIs were divided into two major learning phases: a core competence phase and an advanced competence phase. The indicator framework was comprised of major domains, extended topics, and competence indicators. The major domains of the two learning phases consisted of: sex and gender, gender and interpersonal relationships, gender health and medicine, and gender power and rights; and diagnosis and treatment, and psychiatry and gender. Gender competence encompassed gender-related knowledge, attitudes, techniques, and action abilities. By integrating gender competence into medical education, GCIs will enable tomorrow's doctors to systematically acquire

adequate gender competence. As a result, people of different genders will enjoy equal rights and receive the same levels of service when accessing medical resources. Moreover, GCIs will enable universities to fulfill their social responsibilities with regard to gender mainstreaming, fairness, and justice.

Keywords: gender competence, gender competence indicators, indicator construction, medical education, action research

壹、起而行：來自醫療與教育現場的問題

「我之前因為胸悶、喘不過氣、全身不舒服而去看某個醫師，他竟然說我是查某人病，其實根本沒病，是自己胡思亂想引起的，氣得我向他的醫院投訴這醫生沒醫德。」門診中某位合併焦慮症和憂鬱症、且症狀會受到經期而影響波動的婦女抱怨。

以上是精神科門診實際發生的狀況。事實上，醫療情境中的性別議題，俯拾即是，醫病溝通是醫療專業與健康照顧中非常重要的一環。然而，醫病溝通充滿挑戰的原因在於，醫病溝通除需要將醫學專業知識適切傳達外，往往還需要結合對於性別議題的認識，涉及一定程度的性別意識與性別知能（王志嘉，2015）。一位從業10年的精神科醫生在其接觸過多位同志病患後表示：「如果病患願意透露越多真實的自我與感受，那我可以協助的部分就更多」（王紫菡、成令方，2012：297）。只是，同志病人的自我揭露與醫師的「更多協助」，其實端賴許多條件與資源的配合，其中醫師是否有充足的性別素養即是一大關鍵與核心要素。

國內雖重視不同性別者的醫療權益與制定相關性別政策，但要實際推展到醫療環境，尚有許多待努力之處。即使性別議題逐漸進入健康專業訓練及醫學教育裡，如同Kuhlmann所言，為了要促進健康照顧的性別平等，還有許多待填補的縫隙（成令方、蔡昌成譯，2011）。例如，醫學教育仍強調知識有著「客觀」、「中立」的基礎（Lagro-Janssen, 2007; Morley, 2007; Verdonk, Benschop, Heas, & Lagro-Janssen, 2008），性別和醫療的關聯易被忽略或淡化，尤其是和多元文化或族群議題相較時，性別議題顯得不被重視；醫學教育很少討論社會責任（social accountability）的問題，亦很少提到追求性別平等的社會正義目標（Verdonk, Benschop, Heas, Mans, & Lagro-Janssen, 2009），排除女性與性少數的醫學知識與臨床試驗現象依然存在

（劉盈君，2015）。再者，即使性別融入醫學教育已列為醫學教育評鑑項目之一，即使已有《性別平等政策綱領》、《消除對婦女一切形式歧視公約》（The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, CEDAW）及《性別平等教育法》，然而，徒法不足以自行。隨著醫學的不斷發展，醫學生需要學習的醫學專業知識不斷累積，加上性別議題原本就不受到傳統醫學教育之重視，因此非常容易在教學時間和人力考量下被忽略，任由醫學生在臨床實作上自行摸索。然而這並非適宜的學習方式，並屢屢發生因為缺乏性別素養，導致病患權益受損、醫病關係不佳的案例。

誠如蔡敦浩、劉育忠與王慧蘭（2011）所言，社會科學研究者最大的困境和幸福是，我們自身就活在自己所研究關注分析的社會場域和經驗中。作為教育工作者與臨床醫師，我們身處在自己所關切的教育場域與醫療現場，以及經常遭逢的性別經歷之中。我們深刻體會及瞭解健康既是生理現象，亦受社會文化因素影響，因而使得不同性別者在面對健康照顧體系時會有不同的經驗與感受（鍾道詮，2011）。尤有甚者，性與性別少數者的性別多樣性與流動性，的確對於強調標準作業流程及醫療證據的現代醫學帶來莫大挑戰（黃志中、莊瑞君，2013）。醫療人員對於病患因性別議題直接或間接導致的困擾缺乏足夠的覺察與認識，或缺乏有效協助病患解決問題所需的性別素養，這些都是醫療與教育現場亟須真實面對及解決的問題。

知識社會學和教育社會學的相關論述皆指陳，教育或知識的變遷向來就不是處於真空的社會狀態，因為學習總是不斷地受到社會趨勢與情境的牽引而有嶄新的面貌（陳淑敏，2012：145）。隨著性別主流化的國際趨勢進展、國內性別主流化政策推動及人民性別意識的提升，學校作為教育機構，亦不能自外於全球化脈絡所帶動的各種議題、趨勢、挑戰與責任，特別是培育明日醫師與健康照顧人員的醫學教育。誠如 Verdonk、Mans 與 Lagro-Janssen（2006）所言，性別平等須在政策與教育中實踐，醫學專業應瞭解性別和健康的平等，並從醫學教育的性別課程來改變對性別的想像。換言之，性別平權與性別友善醫療的推動與落實，亟需透過重建課程的教育手

段，方能逐步建置與達成。

特別是處在異性戀中心的社會，性別少數者相較於異性戀者，會有較高比例的精神健康困擾或遭受歧視（Birkett, Espelage, & Koenig, 2009; King et al., 2008），影響所及，在就醫時也可能因為性別身分的關係影響就醫權益與病情治療。再者，長期以來，性別議題一直是精神醫學關注的重點，尤其是在性別少數與性別認同的課題上（American Psychiatric Association, 2013）。廣義的精神醫學本來就重視社會大眾精神健康的推展，而就狹義精神醫學來說，協助個案處理社會偏見帶來的精神傷害，自然也是精神科醫師的任務。精神醫學教育在此扮演重要的角色（顏正芳，2014）。

因此，本研究運用實踐取向的行動研究，發展性別融入醫學教育與精神醫學臨床教育之性別素養指標，藉由性別素養指標作為統整性別課程與課程目標、建構性別學習核心概念與能力之基礎架構，系統性規劃醫學生在醫師養成教育過程中的性別學習，引領醫學教育性別主流化及培育具性別素養的醫療人員，承傳起大學促進性別平等與公平正義之社會責任。

簡言之，本研究目的為發展性別與醫學教育之性別素養指標，作為系統性建構醫學生性別學習與培育性別素養之基礎。本研究問題有二：一、發展醫學生在基礎醫學教育階段的性別素養指標；二、發展醫學生進入精神專科臨床教育時之性別素養指標。

貳、行前思：文獻探討

一、性別進入醫學教育之道：性別課程與學習

就學校教育的責任而論，課程理應是性別教育最能著力之處（蘇芊玲，2012），性別課程至今仍是國際間推動性別平等與性別主流化最重要的工作及有效方式（黃淑玲，2014；Bengtsson, 2011; Verdonk et al., 2008; Yang, 2016）。以荷蘭醫學教育為例，荷蘭將「性別主流化」訂為國家政策，2002

～2005年進行性別與醫學教育的改革。經過許多努力，醫學教育三分之二的必修課程納入性別議題，如代謝課程、家庭醫學均納入婚姻暴力、兒童虐待、性虐待等議題（Verdonk, Mans, & Lagro-Janssen, 2005; Verdonk et al., 2008）。

荷蘭的八所醫學院在Radboud大學Nijmegen醫學中心研究團隊的帶領下，發展與推廣性別課程，並設計一套檢測醫學教育課程中實踐性別議題的指標。指標內容包括：性別差異納入醫學教育的目標、學生須認知和解釋性別差異在不同的情況下為何、學生須認知並區別男性和女性間的生物醫學差異和社會文化差異等（Verdonk et al., 2006）。《荷蘭醫生培訓：2001年藍皮書》（*Dutch Blueprint*）亦強調性與性別差異知識的學習，醫學生或培訓醫生必須具備關於男女和兒童在心理、生理結構上的差異知識和洞察力。醫生必須能瞭解與覺察其職位的權力、自己社會化的過程、看法、價值觀和行為準則，並在提供醫療服務時，將這些納入考量。藍皮書中特別強調醫學生的學習必須知識、技術和態度三面向並行，醫學生必須瞭解性別差異、醫生的權力地位與社會連結（Verdonk et al., 2006）。

澳洲「醫學課程性別主流化」計畫的推動亦來自政府支持，並對整個醫學教育課程做了完整規劃，不僅將性別議題納入6年的醫學教育，並將性別課程列為核心課程，且針對課程內容與教學方式做出具體改革（程慧娟，2008）。例如，Monash大學自2002年開始依據性別主流化的概念改革醫學課程。Monash大學在《性別與醫療：給醫學教育者的概念指引》（*Gender and Medicine: A Conceptual Guide for Medicine Educators*），說明性別主流化的概念和意義，並提供一些輔助辨識性別議題的簡單指引（Nobelius & Wainer, 2004）。本研究歸納指引中的問題，主要學習的性別議題為：察覺病患生理性別對於疾病表現與治療的影響、男女醫師與病人之互動差異、檢視教科書與研究中的男性中心與性別偏見。

在臺灣醫學教育改革過程中，2002年教育部《醫學教育白皮書》揭發「深化醫學教育的性別平等」，將性別平等納入醫學教育改革目的之一（黃

崑巖，2002）。2007年衛生署修訂《醫師執業登記及繼續教育辦法》，將「性別議題」加入課程。2013年臺灣醫學院評鑑委員會（Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC）在新制評鑑準則中亦將性別納入醫學教育評鑑項目，其中提出：

學校須提供性別平等相關法規的教育訓練，明定對於性別平等議題的學習目的，並確保醫學生對於關鍵性別議題的瞭解。其建教合作之教學醫院須確保在醫療工作環境與病患照護中貫徹性別平等原則，於臨床實習的學習內容中融入性別平等相關法規，並評量醫學生的學習成效。

國內雖將性別作為醫學教育評鑑項目之一，但性別課程在醫學教育的課程版圖中仍處於邊緣位置，進展有限。究其因，不僅因為缺乏對於醫療健康中性與性別議題的意識所致（Rojek & Jenkins, 2016），亦缺乏對於要「教什麼」性別議題的瞭解，更缺乏對於「關鍵性別議題」的討論與研究。

事實上，性別議題在醫學領域的挑戰是，不能忽略個體的生物性。生理性別亦須納入考量的原因是，生理性別可以用來確定個體需達到哪些健康標準及影響個體在社會中所受到的性別區別（gender gaps）為何，忽略性別差異的生物醫學知識仍將影響男女之間健康不平等（Lin & L'Orange, 2010）。Verdonk等人（2006）指出，在醫學教育與專業中探討性別議題，須同時思考生物醫學與社會文化的結構議題，具性別敏感度的思考男性和女性的共同、差異與經驗及其比較，在探討人類健康和疾病議題時，性別、年齡、階級和種族都應納入作為考量依據，而這些是以往醫學教育中缺乏的健康疾病與社會人際關係的連結訓練。許多學者的觀點亦與Verdonk等人相呼應（如：Kuhlmann & Annandale, 2010; Lin & L'Orange, 2010; Ludwig et al., 2015; Rojek & Jenkins, 2016）。例如，Kuhlmann與Annandale（2010）指出，從性別觀點探討健康照顧，有兩個理論概念特別重要：一是社會學家

West與Zimmerman（2002）提出的「做性別」（doing gender）；二是「交織性」（intersectionality），這兩個概念可以幫助我們更清楚地掌握社會不平等的運作過程與微觀政治面向。

若將臺灣與上述國外經驗相較，就課程而言，荷蘭與澳洲等國在國家政策的帶領與推動下，性別課程列為醫學教育的必修課程且做了完整的規劃，臺灣仍未見有此的開展，性別與醫學教育方面的研究亦相當稀少。臺灣雖在國家政策與相關法規上有所建制，然而，性別教育於醫學教育仍處非主流地位，醫學教育裡的性別平等教育具體要「教什麼」及「學什麼」，仍有待建立。

再者，綜觀許多國外的性別與醫學教育研究，本研究發現，建立指標或教學指引是他們發展性別課程或將性別議題融入教學的主要方式（Ludwig et al., 2015; Nobelius & Wainer, 2004; Verdonk et al., 2005; Verdonk et al., 2006; Verdonk et al., 2008; Verloo, 2001）；在性別議題方面，帶領學生瞭解性與性別差異（sex and gender differences）及交織性、認識性別歧視、性別暴力及其帶來的影響，覺察教科書與研究中的性別偏見，以及學會將它們應用於醫療健康照顧實務（Lagro-Janssen, 2010; Lin & L'Orange, 2010; Morley, 2007; Nobeliu & Wainer, 2004; Verdonk et al., 2005; Verdonk et al., 2006），都是共通的性別學習議題。

綜合言之，國外典範國家的醫學教育課程改革經驗，運用指標與發展性別課程作為醫學教育的核心或必修課程，強調性／別差異觀點（含生物醫學與社會文化差異）和納入多元性別、平等與多元等相關知識，並探索健康照顧中的性／性別意涵，以及審視男性中心的醫學知識和反思醫病之間的權力差距與影響，如此多面向及兼具知識、態度與技能實踐的學習性別，可作為推動性別融入醫學教育及建構指標的參考。

二、性別素養與指標建構

素養（competence）為近年來教育界廣為討論的教育理念（陳伯璋，

2010；蔡清田，2017），國外亦興起素養導向醫學教育（competency-based medical education）的課程與教學改革（Bansal, Supe, Sahoo, & Vyas, 2017; Frank et al., 2010; Shah, Desai, Jorwekar, Badyal, & Singh, 2016）。素養導向醫學教育目的在於培養未來醫師能有效照顧社會大眾的健康需求，許多學者指出，現行醫學教育體制乃以學科為中心，教學與評量方法注重知識，而非技能及態度。醫學生或畢業醫師可能有非凡知識，但是缺乏所需的臨床技能。因此，醫學教育工作者轉向以強調融合知識、技能、價值觀與能力的素養導向為核心的醫學教育（Bansal et al., 2017; Frank et al., 2010; Shah et al., 2016）。Bansal等人（2017）指出，素養導向醫學教育是一種針對將成為醫師的教育實踐方法，在他們畢業時，從社會及病患需要中，培養並組織出有關醫師需要的統合能力。誠如上述討論，性別素養自是應包涵在醫學生的培育能力之中。

Ambanpola（2016）指出，性別素養¹（gender competence）是辨識顯著性別差異與性別結構，以及採取促進平等行動的能力。Blickhäuser與von Bargen（2007）認為，性別素養是能辨識性別關係與社會結構且解決其衍伸問題的知識與能力，並確保歧視結構能改變，所有多元性別都能擁有的機會。學者們亦都強調性別素養必含能力有二：一是連結性別差異和工作專業知識之專業知能；二是在自己專業領域運用性別分析之方法知能。

綜觀許多文獻與研究，不論是對於素養或性別素養的學習，都強調知識、態度與技能的統整（如：范信賢，2016；陳伯璋，2010；蔡清田，2017；Mimbrero, Silva, & Cantera, 2017; Verdonk et al., 2006; Verdonk et al., 2008）。“competence”一詞，國內有學者翻譯為「能力」（如：王秀紅，2012；陳心怡、童伊迪、唐立楨，2014；潘慧玲、黃馨慧、周麗玉、楊心

¹ “gender competence”一詞，國內尚未有統一的翻譯，相關的研究或討論亦相當有限。本研究將“gender competence”譯為「性別素養」，在引用國外文獻時，以中英文並陳的方式呈現，引用國內文獻時，則使用該文作者所使用的語彙，如「性別能力」或「性別素養」。

蕙，2010；鄭雅丰、陳新轉，2011），有學者將之譯為「素養」（如：范信賢，2016；陳伯璋，2010；蔡清田，2017）。再者，“gender competence”的翻譯，除了有「性別能力」與「性別素養」的混用之外，在概念上，也分指或同時意涵「性別意識」、「性別知識」、「性別敏感度」、「性別能力」等不同的意義與內涵（如：王秀紅，2012；陳心怡等，2014；楊幸真，2014；潘慧玲等，2010）。種種的這些現象也凸顯出，性別素養在國內仍是一個剛開始或有待發展的概念與實踐。

此外，無庸置疑的是，性別素養與指標發展，重要的內涵與概念即是「性別」。時至今日，「性別」的定義與內涵日益複雜。性別議題當然已不再侷限於兩性與兩性關係的探討，多元性別、性別少數、性少數等性別族群的認識與差異權力、權益的關注與落實，是近年來討論或辯證的焦點。經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）指出，發展性別指標，可以透過資料蒐集的過程喚起人們對特定性別議題的意識、促進討論和改變，並啟發對議題相關的共同經驗的正視（Moser, 2007）。此點與前述國外性別與醫學教育改革經驗相呼應，國內早期性別平等教育與課程的推動亦是如此。

1998年，教育部於國民中小學的課程改革中（即後來所稱之九年一貫課程），將兩性教育列為重大議題，訂有課程綱要內容，明定性別融入在各學習領域中實施，期能透過課程實踐，使性別平等的理念得以往下扎根。在教育政策積極推動下，2004年公布且實施《性別平等教育法》，並發展出「九年一貫課程性別平等教育能力指標」（以下簡稱九貫性平指標），作為引領性別平等教育進入各學習領域課程之依據，包括作為教科書編寫、課程設計、教材選用、教學活動規劃及評量檢核等之參考（潘慧玲等，2010）。九貫性平指標以「性別的自我瞭解」、「性別的人我關係」及「性別的自我突破」作為三項核心能力（亦為三大主題軸），並以此建構各階段之能力指標。以分階段的方式，根據三大主題軸，以主、次要概念來呈現與羅列國中中小學生應學習的性別知識內涵，搭配認知、情意與技能面向的課程目標，由

此發展各階段能力指標與學生應學習之性別教育內容，建構出九年一貫課程性別平等教育的課程架構。

爾後，有鑑於高級中等學校課程綱要未涵納性別平等教育能力指標，潘慧玲等人（2010）接受教育部委託，透過文獻分析、研究小組會議、專家諮詢、分區公聽會與工作坊的方式，研議出「高級中等學校性別平等教育能力指標」。該能力指標延續九貫性平指標的架構：三大主題軸—主要概念—次要概念—能力指標等四個層次，以性別為焦點，發展兼顧族群與階級面向之能力指標與內涵。

然而，國內關於性別能力指標的建置，只到高中職階段，且都集中在如何應用指標設計課程與教學，有關指標建構的討論則相當稀少。事實上，教育指標的建構是一個不斷擴張與修正的過程（Moser, 2007; Nobelius & Wainer, 2004）。Ogawa與Collom（1998）指出，教育指標最基本也最簡要的定義是，指標是來描述教育的重要面向。學者們指出，指標若要為決策者所用，必須考量指標內容能指出重點，反映在地獨特的性別文化環境，以及指標數量不宜過多（Lin, L'Orange, & Silburn, 2007; Moser, 2007; Nuttall, 1994）。

國外在性別敏感的健康照顧指標發展與應用上有豐富的研究，雖然這些大多是討論性別與醫療照顧的指標，但對於本研究在建構性別與醫學教育指標上，可作為重要的參考資料。例如，學者們建議發展性別健康照顧指標，需考量的要素有：（一）焦點放置於性別平等上，而不是只關注於女性的身分；（二）資料或數據除了受性別因素區別外，同時也會受年齡、國家、種族、族群或社經地位影響，因此必須擴展分析類別以作完整的分析；（三）必須將性別的多元性納入考量與指標設計之中，如女性的健康指標中，老年女性或青少年、兒童的健康指標應有所不同，女性之間的種種差異應該被重視與納入指標系統；（四）指標所設定之目標應具合理及可及性評估；（五）使用清楚的語言表達指標內容，如此一來可使指標拓展至全國醫療機構（Abdool & Vissandjee, 2001; Beck, 1999; Lin & L'Orange, 2010; Lin et al.,

2007)。

上述有關性別健康照顧指標的建議，特別強調性別指標必須將性別的多元性與交織分析納入考量，不能只聚焦在女性身上，必須關注性別與其他社會屬性，如年齡、階級、性取向、族群等的交織影響。以劉盈君（2015）研究抗精神病藥物Clozapine為例，她發現不論第一代或第二代的藥物文獻，包括科學性的期刊與教科書，都極少針對男女性別在藥物的成效、劑量、副作用等方面的差異比較與不同影響進行討論，由於現代精神醫療的主軸是精神科藥物，此一現象更加凸顯出現代精神醫療過度偏向生物醫學的醫療化現象，忽略精神藥物對於男女性別的差異。劉盈君指出，精神病人是弱勢病人，倘若醫學教育或臨床醫學研究中存有性別排除，未能將多元性別的觀點納入課程、教學與研究之中，那麼女性或性別少數者仍將是弱勢族群中的弱勢，無法得到平等、平權的醫療健康照顧。

換言之，將性別納入醫學教育的實踐中，必須改變傳統生物醫學對性別的思維，從中探討多元性別及性別間的權力差距。一套具系統性的性別素養指標，能使性別觀點有效納入醫學教育之中。因此，本研究以建構指標架構（framework）的方式（Ogawa & Collom, 1998），發展與建構一套醫學與性別教育之性別素養指標，作為性別融入醫學教育課程與教學之指引，建構從基礎醫學教育到精神專科臨床教育之性別學習圖像，系統性組織性別教學議題與核心性別知識，培育與提升醫學生的性別素養。

參、動手做：性別與醫學教育指標建構之行動研究

本研究以某醫學大學為研究場域，以固定樣本研究（panel studies）作為基礎，進行實踐取向的個案行動研究。個案研究的特色在於探究的個案本身具有經驗或理論上的代表性（Stake, 2000），透過分析具有普遍意義的情境、事件或是異例，能掌握與呈現鉅觀層次的洞見。好的個案研究具備普遍性與通則化的要件，具有呼應及改善理論或實務的效果（湯京平，2012）。

而在行動研究的視框裡，「問題」是改變的起點，它亦可讓校園性別平等運動不需從零開始（Yang, 2016）。實踐取向的行動研究，「實踐」意指「理論與實作之間來回修正兩者的辯證張力」（Lather, 1991: 172）；實際行動是知識的基礎，知識於實踐中產生，並重建實踐者對知識的看法（Lather, 1991）。

作為教師與醫師，我們在醫學教育現場與醫療實務情境中發現問題，提出「建構性別素養指標」作為問題解決的方案。由於行動研究強調實際的行動介入（蔡清田，2003），而素養導向醫學教育強調從社會及病患需求中，組織醫學生成為醫師所需的統合能力（Bansal et al., 2017）。因此，本研究除藉由參與精神科臨床教育的田野觀察，實際瞭解醫療現場與精神病患的真實情況與需求作為研發指標之外，亦將研發出的性別素養指標實際運用到精神科臨床教育課程與教學之中，作為修正指標及再行動之基礎。本研究也意圖藉此教育實踐的方式，將性別融入精神科臨床教育，體現行動研究的精神及培育具性別素養醫療人員的意向。在這樣的教育行動中，實地與具體地推進對於性別如何融入醫學教育的理解。

簡言之，本研究依據行動研究從一個起始點開始，計劃、行動、反思、修正與再行動的精神，從2016年開始為期2年的研究，進行的步驟與行動歷程如下。值得說明的是，步驟並非代表線性關係，而是本研究持續在問題診斷與界定的行動歷程中，所產生的多重資料蒐集與分析方式，而這些方式有時是交錯進行（參見圖1）。

一、文獻蒐集

瞭解醫學生與醫師應具備哪些性別素養，特別是性別主流化與醫學教育之性別課程與教育實踐，如前述荷蘭與澳洲等國家經驗指出的性別課程或性別議題，藉以將之轉化成性別素養指標內涵。

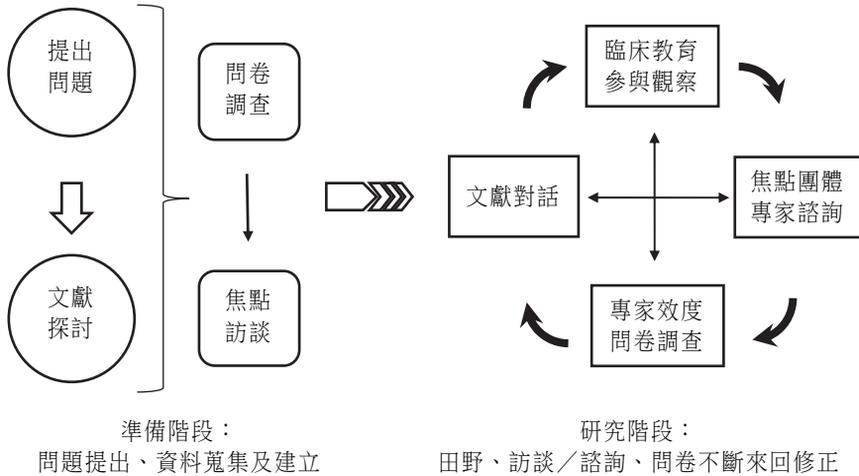


圖1 性別素養指標建構之行動與研究歷程

二、問卷調查

邀請9位具性別意識及熟稔性別少數議題的精神醫學專家，以開放式問卷瞭解他們認為醫師與精神科醫師需具那些性別知識與能力。研究小組整理步驟一和步驟二，運用主題分析分式，形成指標初版。

三、焦點團體訪談

邀請性別領域專家學者²、精神科醫師、性別少數NGO工作者，以專家諮詢方式，進行三次焦點團體訪談，共計22位專家學者，產生第二版指標。

² 本研究前後共進行五次焦點團體訪談，這五次邀請的性別領域專家學者背景包括：性別與醫學教育、性別教育、性別社會學、課程與教學、醫學社會學、性別與人文。部分學者專家參與本研究的每一場訪談與諮詢。本研究中，若引用焦點團體訪談及田野觀察所得之資料，皆用標楷體字型呈現。而為使行文通順與具可讀性，在不改變原始資料語意下，進行適度的文字修潤。

四、參與觀察

進行為期8週的田野觀察，跟著見、實習醫學生一起接受精神科臨床教育訓練（包括晨會、個案討論會及課程；課程如譫妄／認知功能障礙、成癮醫學、精神科藥物學等）。參與觀察的重點在於瞭解精神醫療現場，如病患病情診斷與治療、醫病互動中所呈現的性別議題，或課程中可融入的性別議題。研究團隊依據參與觀察資料，運用「清點」分析策略與主題分析進行資料分析，再修訂性別素養指標。

五、焦點團體訪談

根據上述研究成果，反省、修正後，進行步驟一與步驟三，再產生新版指標。此次訪談，邀請性別領域專家學者及NGO實務工作者，共計7位專家學者，檢視指標內容與其解讀，並加以修正。

六、專家效度

將步驟五修訂結果之指標版本，邀請4位專家學者，運用專家效度的方式進行指標修訂，產生第六版指標。

七、問卷調查

以「重要性」與「擁有度」將第六版指標轉化成問卷，以個案學校及未來指標適用對象為範圍，共計調查249位醫學生（含大一到大七）、29位醫學人文與通識教育教師、25位精神科醫師（含個案學校及校外執業醫師），共計309位參與者，透過因素分析考驗修訂指標。

八、參與觀察

重覆步驟四，參與精神科臨床教育課程與教學。帶領晨會與個案討論會的醫師運用本研究的性別素養指標，進行晨會與個案討論會的個案討論。依

據8週的參與觀察資料（含個別訪談帶領晨會的總醫師³），運用「清點」策略分析資料，作為修訂指標之參考。

九、焦點團體訪談

研究者依據步驟七與步驟八之分析與修訂結果，進行指標修訂與經研究小組會議討論後，邀請2位性別領域專家學者及1位精神科醫師進行專家諮詢之焦點團體訪談，根據訪談結果進行指標修訂，產出定案之性別素養指標（參見表1）。

表1 醫學教育性別素養指標

一、核心能力階段（基礎醫學教育）		
主要面向	衍伸主題	能力指標
1. 性與性別	1.1 性別與社會	1.1.1 肯定與涵容不同個體的性別認同與性別氣質展現
		1.1.2 瞭解異性戀中心、異性戀霸權與異性戀常規對不同性別者的影響
		1.1.3 覺察傳統家庭結構及性別期待對不同性別者的影響，並知道如何尋求改變
		1.1.4 瞭解性別與「交織性」概念，及對個人或群體健康的影響
	1.2 性別與多元文化	1.2.1 覺察與肯定不同族群者之健康照顧文化
		1.2.2 精進多元性別與跨文化的敏感度，不預設他人性傾向與性別表現
		1.2.3 自在談論性別與多元文化議題
	1.3 性少數與性別少數	1.3.1 瞭解性少數與性別少數的定義與多元表現
		1.3.2 瞭解性少數與性別少數的性相關用語與文化
		1.3.3 同理和感受性少數與性別少數的處境與困境

³ 由於帶領晨會的總醫師人數少於5位，基於研究倫理考量，在引用總醫師訪談資料時將以模糊化、不特定匿名之編碼方式處理，如：「個訪總醫師」。

表1 醫學教育性別素養指標（續）

主要面向	衍伸主題	能力指標
2. 性別、健康與醫療	2.1 性別與健康差異	2.1.1 瞭解性別作為影響健康因素的相關知識
		2.1.2 瞭解影響不同性別者健康權與健康差異的生理、心理與社會因素
		2.1.3 覺察維持健康與罹患疾病的保護和有害因素之性別差異
	2.2 身體與醫療自主權	2.2.1 瞭解醫療化、身體自主權與醫療自主權的概念，及對不同性別者產生的影響
		2.2.2 瞭解身體意象對自我身心健康的影响
		2.2.3 覺察醫師病人間的權力差距對病人醫療自主權及健康照顧的影響
	2.3 性別友善醫療	2.3.1 瞭解醫療與健康照顧中性別弱勢族群的健康處境與權益
		2.3.2 瞭解性別友善醫療環境的概念與具體措施
		2.3.3 瞭解處理同志伴侶應有的醫療權益及醫療代理權
3. 性別與人際關係	3.1 性別與情感	3.1.1 瞭解各式情感關係中，不同性別者間的權力議題及帶來的影響
		3.1.2 同理父母面對子女非傳統性別常規表現之情緒或作為
		3.1.3 覺察性別對精神疾病照護所引發之影響
		3.1.4 同理女性在生命不同階段與親密關係中所面臨的照顧工作壓力
		3.1.5 瞭解不同關係中的性暴力與性別暴力及防治方式
	3.2 性別與溝通互動	3.2.1 具備與不同性別者及其家屬的溝通知識與技巧
		3.2.2 覺察性別特質與性別期待對不同性別者的溝通互動與行為之影響
4. 性別、權力與權益	4.1 平等、差異與權力	4.1.1 瞭解積極性差異平等的概念，及在醫療健康照顧領域的應用
		4.1.2 覺察性別權力結構對健康和醫療帶來的影響，並知如何尋求改變
		4.1.3 認識性平三法與CEDAW，及瞭解CEDAW對健康權之主張

表1 醫學教育性別素養指標（續）

主要面向	衍伸主題	能力指標
	4.2 性別權益促進行動	4.2.1 覺察醫療糾紛中的性別議題，並有能力指出改善方法 4.2.2 瞭解及傳遞不同性別者所需之相關醫療健康權益與資源 4.2.3 辨識教科書與醫療表格中之性別偏見，並能提出改善建議 4.2.4 認識具性別觀點之醫療照顧或健康促進方案 4.2.5 瞭解與落實性別相關的醫療與健康照顧政策與法律
二、進階能力階段 I（精神專科臨床教育）		
1. 診斷與治療	1.1 臨床常見性別議題	1.1.1 瞭解社會結構、文化與相關面向對不同性別者生命歷程的影響 1.1.2 覺察對於性傾向、性別氣質和性別的歧視，對病人身心健康產生的影響 1.1.3 覺察不同性別和性取向者的成癮物質使用 1.1.4 瞭解具性別觀點的會談和治療的方式 1.1.5 瞭解具性別觀點的醫療新知、衛教、社區資源與轉介服務
	1.2 性別與健康差異	1.2.1 瞭解病人所需之安全性行為知識 1.2.2 瞭解生理和心理發展的性別差異 1.2.3 瞭解流行病學、症狀、病程、診斷／評估、預防、治療的性別差異 1.2.4 瞭解藥物對女性生育與相關面向的影響 1.2.5 瞭解「性別差異醫學」與橫跨不同性別之治療觀念的轉變
	1.3 性別友善醫療	1.3.1 瞭解處理精神疾病與臨床常見性別議題之性別知識及處理流程 1.3.2 瞭解醫病互動中的性別與權力差距，並能調整醫病互動與溝通方式 1.3.3 覺察性別經驗對疾病診斷或醫病互動的影響，並能保持反思態度 1.3.4 瞭解並具備處理同志伴侶應有醫療權益之知能

表1 醫學教育性別素養指標（續）

主要面向	衍伸主題	能力指標
2. 精神醫學與性別	2.1 性別不安	2.1.1 認知性別不安的概念，同理個案生命歷程及對性別的期待
		2.1.2 瞭解變性流程與醫療相關知識、法律規定、轉介與資源
		2.1.3 瞭解男女在主客觀困擾表現與預後的差異
	2.2 性別與暴力	2.2.1 覺察各種性暴力與性別暴力的存在，及可能的性別差異
		2.2.2 覺察性暴力、性別暴力與精神疾病復發或症狀加劇的相互作用
		2.2.3 覺察情感關係所造成的精神傷害和暴力
三、進階能力階段 II（PGY 與精神專科住院醫師訓練）		
1. 診斷與治療	1.1 臨床常見性別議題	1.1.1 覺察個案因性別成長歷程對疾病之影響，具備協助改善之能力
		1.1.2 覺察社會賦予照顧者的性別相關壓力及期待，具備協助調解之能力
		1.1.3 辨識關係中的性暴力與性別暴力及產生的影響，並瞭解防治處理方式
		1.1.4 具備性別敏感度的醫療和社會介入之專業技巧
		1.1.5 具備性別觀點的性史詢問、會談、諮詢的能力
	1.2 性別與健康差異	1.2.1 瞭解女性生育議題，並具備相對應的諮商技能
		1.2.2 評估性別對於病人出現治療藥物副作用的影響
		1.2.3 提供用藥建議與評估成效時能考量性別差異
		1.2.4 具備傳遞正確且適當的性與性別觀念給他人的能力
	1.3 性別友善醫療	1.3.1 具備與性少數或性別少數者及其家人討論因應策略之技能
		1.3.2 具備與不同性別者及其家屬的溝通技巧與能力
		1.3.3 具備協助不同性別者的性健康專業知識與技巧

表1 醫學教育性別素養指標（續）

主要面向	衍伸主題	能力指標
2. 精神醫學與性別		1.3.4 分析並判斷納入病人伴侶、家屬或重要他人作為協同治療者
		1.3.5 具備辨識性別敵意環境、建置性別友善空間與醫療環境的能力
		2.1.1 具備蒐集精神醫療與健康照顧的性別差異相關文獻之能力
		2.1.2 具備應用「性別化創新」進行研究之能力
		2.1.3 具備應用性別統計與性別分析於精神醫療之能力
	2.2 性別不安	2.2.1 具備評估與診斷性別不安的能力
		2.2.2 具備性別重置評估與提供所需資訊之技能
	2.3 性別與暴力	2.3.1 瞭解性暴力和性別暴力相關的司法知識
		2.3.2 具備評估及處遇性暴力與性別暴力的技能

肆、做中學：研究結果與討論

一、性別素養指標的研訂原則

(一) 指標建構基本原則：在簡潔與詳盡之間協商

如前所述，素養導向醫學教育是一種成為醫師的教育實踐方法，在醫學生養成教育過程中，從社會及病患需求，培養並組織出醫師需要的統合能力（Bansal et al., 2017）。因此，在研究初期，本研究詢問精神科醫師、性別相關領域學者與實務工作者對於醫學生、醫師與精神科醫師在從事醫療工作時應具備哪些性別知識與能力，各式意見如雪片般飛來，湧入的內容豐富與詳盡，從基礎的性別概念，如「偏見、歧視、刻板印象的基本定義」到非常專業的精神醫學與性別（如「思覺失調症……Symptomatology……負性症狀男性常見，女性多情感症狀，如何解釋？」、「思覺失調症患者的性與婚姻

議題……像是男性患者的傳宗接代與精神疾病遺傳議題，如何評估與解釋？」、「孕婦或哺乳期或產後的相關精神疾病、心理治療」。如此詳盡豐富、甚或學習概念層次落差極大的內容，一方面具現了醫療健康照顧領域「渴望性別」⁴，執業醫師與專家學者認為醫學生亟需學習與培育的性別素養相當的多；另一方面卻也讓本研究立即面對指標建構簡潔與詳盡原則彼此之間相衝突的挑戰。

Stecher與Koretz（1996）指出，發展指標的挑戰開端便是在簡潔與詳盡之間取得平衡。為了指標的解釋能力與完整性，總是會想要盡量多納入項目與指標數量，但是指標的價值就在於將現象以簡潔的方式舉例說明。事實上，許多學者認為，指標的簡化與詳盡之間本身就存有衝突（Ogawa & Collom, 1998, 2000; Stecher & Koretz, 1996）。指標的目的是用簡潔的方式解釋複雜現象的關鍵組成元素，這目的本質就排除了詳盡性（Stecher & Koretz, 1996）。本研究在發展性別素養指標的開端即遭逢這樣的挑戰，一開始有非常多的面向與指標數量（初版約有96個能力指標，研議過程增加到182個能力指標），特別是「為了達到完整性就會想增加指標數目、計算方式和觀察層次」（Stecher & Koretz, 1996）。例如，當談到性別與許多重要概念之間的關聯時，一開始研究參與者針對概念之間、概念內涵與細部層次的開展有不少辯論：

學者A：保留多元文化，至少醫界都瞭解，把多元文化當主題……就是性別與多元文化比較general，另一個再比較specific性別、階級、種族。

學者B：可是這邊好像不只這樣，還有社會屬性、宗教。

學者C：不過多元文化裡面的差異（也）很重要，講權益的時候、平等，差異就是很核心的東西，那為什麼差異不能放在交織性

⁴ 「渴望性別」借用自STS讀本二《科技渴望性別》（吳嘉苓、傅大為、雷祥麟，2014）一書之用語。

這個地方？

Stecher與Koretz（1996: 17）曾言：「指標系統之所以有價值，正是因為準確和簡潔」，以及「簡潔與詳盡不能兩相全，只能相互妥協」。只是，進一步細究，學者們雖普遍認為指標數目應該少量，但「少量」確切是幾個指標卻沒有共識（Ogawa & Collom, 1998; Stecher & Koretz, 1996）。在初期焦點團體訪談的專家諮詢會議中，與會學者雖多提到：「指標需再簡化與整併，目前的主次要概念太多（特別是次要概念），要考量指標的可操作性」，但卻也未能提供具體的指標數量或「減量」的參考方向。

應該採納多少個指標，是本研究在發展指標過程中面臨的第二個挑戰。一來是因為精簡與詳盡的指標系統各有利弊，也有學者指出，教育指標若侷限數目是無法呈現教育與學習整體的複雜狀況（Porter, 1988）；二來亦有文獻指出，在性別指標的設計與發展階段，可以將「想要看到的改變」及「達成目標是什麼樣子」納入考量，以避免太過廣泛而無法反映出性別指標能產生的結果與影響（Ogawa & Collom, 1998, 2000）。

因此，本研究以簡潔為指標建構基本原則，但亦力求在簡潔與詳盡兩難當中取得平衡。本研究首先重新釐清與定位研究目的，清楚確立研究目的是發展能夠監測性別與醫學教育政策方向的性別素養指標，並作為課程發展、教學目標與學習成效評量之依據。再者，研究者根據想要看到的改變與目標，採取階段性作法，以現階段性別與醫學教育最需要的必要指標，作為衡量指標數量多少的考量，且納入與參考其他的指標建構原則與特性作為考量，以五項指標特性作為制定指標架構與進一步篩選指標之依據。這五項特性在行動歷程中產生與確立，分述如下：

1.重要性

指內容能針對性別與醫學教育的重要面向（含目標與改變願景），或與國家之性別與醫療健康政策有所關聯。再者，指標能專注在關鍵議題，並使指標自身成為改革方向與利器（Ogawa & Collom,

1998; Moser, 2007; Yinger et al., 2002)，成為醫學教育性別主流化的工具。

2. 代表性

指內容能反應出明日醫師與精神專科醫師應具備的核心性別素養。

3. 實用性、可行性

意指內容可作為教學目標與學習成效評量指標，具備可測量性。指標內容能反應出臺灣現行醫學教育中，學生學習哪些性別素養的優先性。優先性的考量也是反映可行性（Nuttall, 1994），由於研究參與者認為醫學生需要培育的性別素養很多，相對產生的指標數量就很多，因此在現階段必須先強調指標的優先性。換言之，本研究必須採取階段性作法（Nuttall, 1994），哪些是目前醫學生優先需要培養的性別素養，或者是問題所在（如「對於性別友善醫療的認識不足」），就是目前需要的指標內容，這樣的指標具備即時性、優先性、實用性的特點，也就是具備可行性。

4. 可轉換性

內容能指出什麼是重點，並能取得利益關係人的認同與引起對性別融入醫學教育的關心（Moser, 2007; Ogawa & Collom, 1998），以及指標能促成改變、能因應未來變遷（含注意「沉睡」指標）及具細部分層的特性（Hogwood & Gunn, 1984; Moser, 2007）。就本研究的利益關係人而言，包括了精神科醫師、醫學系教師、通識教育教師、醫學生等，這也是前述使用問卷調查，以「重要性」與「擁護度」詢問這些利益關係人對於性別素養指標的意見。然而，利益關係人的意見雖能達到簡化指標的目的，但也可能帶來風險，可能會捨去一些重要項目，即所謂的沉睡指標。

「沉睡指標」乃指也許現在看不出它的重要性，可是未來它可能是重要議題，現在或許還在發展中，因而沒能受到關注或重視

(Hogwood & Gunn, 1984; Nuttall, 1994)。譬如，在田野觀察中發現，性別與情感關係是精神臨床上常見的性別議題與患者問題，但在問卷調查與焦點團體訪談中並未特別提及或凸顯的面向，而研究者在日後個別訪問了帶領晨會的總醫師，也提到同樣的觀察與看法。因此，本研究在後續的指標版本中加入了「性別與人際關係」。

病人是憂鬱，憂鬱我們就要去澄清壓力，然後她就會講她的壓力嘛！所以其實還滿多人的壓力都是來自於婚姻關係，或者是跟婆婆、跟先生的，這種其實都跟性別有關。（個訪總醫師）

5. 易使用、易讀性

意為指標內容需清晰、明確，並使用清楚、易懂的語言表達指標的內涵 (Lin & L'Orange, 2010; Lin et al., 2007; Yinger et al., 2002)。然而，這也是一個知易行難的原則，是本研究在指標發展過程中面臨的另一個挑戰，此點將在下文「命名政治」中進一步說明。

(二) 考量醫學教育與精神專科臨床教育的特殊性

臺灣的醫學教育大致可分為：大學醫學教育（基礎醫學教育與臨床教育）、畢業後醫學教育（不分科住院醫師訓練，畢業後一般醫學訓練計畫，簡稱PGY）、醫學繼續教育（持續性專科發展）。醫學生在完成大學教育，畢業後通過國家考試，取得醫師執照，才正式成為執業醫師，然後進入PGY階段（為期2年）。PGY結束後，考上各醫院的分科招募進入分科專科訓練，成為接受各科訓練的住院醫師（resident, R）。每一科對住院醫師在取得專科執照前的訓練長度不一，一般以3~6年不等，精神專科一般大約4年。而經過多年執業的住院醫師再通過考試獲得某科的「專業醫師執業執照」，就能到醫院擔任該科的主治醫師。

以個案學校而言，大一到大四是基礎醫學教育階段，包括一、二年級修習通識與一些基礎醫學課程，在基礎醫學課程中含有不少醫學人文課程及有

些課程會加入性別議題，大三、大四則將所有基礎醫學課程修完。大五、大六（或大五至大七）是見習（clerk）、實習（intern）階段⁵，開始正式接觸臨床醫學。見、實習醫學生在個案學校附設醫院精神科有2週的學習時間（另有校外合作醫院2週），實習精神科的實際運作。基礎醫學教育與臨床教育是很不一樣的學習階段，學習場域與學生身分也有很大的變化與不同，學習場域由學校擴展到醫院，身分由學生開始轉變成見、實習醫師。這樣的課程規劃與醫學專業學習，國內各醫學大學或綜合大學裡的醫學院亦大致如此。

是以，考量國內醫學教育的特性，本研究初期以核心與進階能力兩階段作為劃分與縱貫醫學生在學校教育養成過程中的性別學習，從基礎、核心的性別知識進展到精神專科所需要的性別知能。換言之，核心能力是大大一到大四基礎的性別與醫學學習，進階能力則是進入到臨床教育，特別是精神醫學專科，透過臨床教育培養出進階的性別素養。這樣的區分，除考量到指標階段性與延續性，亦考量指標的可轉換性與發展性，希望能接續學生過往中小學的性別平等教育，繼續在大學醫學教育時期能有所精進，更進一步地，能延伸擴展至未來專業執業與繼續教育之中，以及俾使指標未來能轉換擴展至其他專科，在臨床教育發展其他專科的進階性別學習（參見圖2）。

然而，隨著研究的進行與推進，在行動歷程中發現兩個問題：1. 學生性別知能M型化的問題。有些學生或許在中小學接受過良好的性別教育，因此具備一定程度的性別知能，但亦有學生缺乏對基本性別概念的認識；2. 學生在精神專科臨床教育雖有2週的學習時間，但主要都是知識面的學習，雖會有一些基本的「直接照顧病人」（primary care），名義上為照顧病人，但事實上並沒有那麼多或直接實作的機會。在田野觀察發現「理想上想教很多，但教學時間有限，要教性別的時間更有限」，本研究原先設計的進階性別學習只到臨床教育階段恐怕是不夠的，必須將後面PGY與住院醫師訓練階

⁵ 田野參與的第二年，正好醫學系制度改變，縮短為6年，所以同時有新舊制的見實習醫師（大五與大六醫學生）一起接受臨床教育訓練課程。

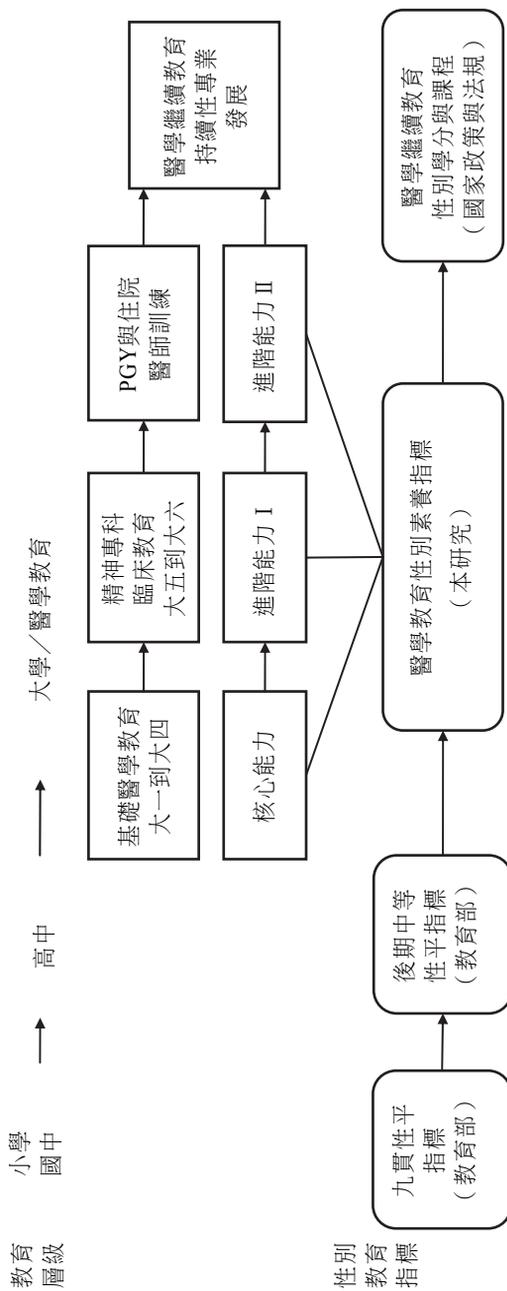


圖2 醫學教育性別素養指標之學習階段與定位

段也納入進來，才能較為完整且具可行性的培育明日醫師的性別素養，特別是臨床實作方面的性別學習。因此，本研究將進階能力擴展至PGY與住院醫師時期，並將進階能力階段細分為進階一與進階二（參見圖2）。亦即，核心能力是在醫學生大一至大四之基礎醫學教育階段，進階一是醫學生在精神科臨床教育之實習時期，著重在知識與態度方面的培養與提升；進階二是醫學生在PGY與住院醫師時期，著重在臨床實作能力的訓練。

若就性別教育與性別課程而言，在基礎醫學教育階段，特別是大一與大二，是最有機會開設性別課程或將性別議題融入既有課程之中、接觸性別議題的學習；且依據TMAC的課程規劃要求，此階段教育須重視提升對於社會人文的關懷、培養參與社會的能力，故易將性別融入課程之中。到了大三和 大四，學生可將先前所學之性別知識、態度和能力，對應到相關醫學課程之中，不只習得醫學裡的性別議題，也看見人因性別而在社會和醫療環境中的活動與遭遇。本研究依此學習脈絡，將指標綜整成「性與性別」、「性別、健康與醫療」、「性別與人際關係」、「性別、權力與權益」等四個核心能力之主要面向。惟須說明的是：雖然若干醫學系的教育課程安排，逐漸嘗試讓大一至大四的醫學生有機會藉由短暫跟診、志工服務等方式，提早接觸臨床個案的時機，但皆為初探，並無深入學習疾病診斷和治療的機會，故核心能力階段的性別素養培力，並不以診斷與治療為內涵項目。

爾後大四醫學生開始醫院臨床實習、一直至大七（新制為大六）為止，雖仍為學生身分，然已被期待能從實際病患的照顧中，發展出良好的醫學技能，逐漸成為獨當一面的醫師，故此階段的性別素養開始著重在「疾病診斷和治療」中學習性別。進入PGY與住院醫師或擔任主治醫師階段，雖有TMAC評鑑及因《醫師執業登記及繼續教育辦法》需繼續接受性別教育，然因各醫院及醫療機構執行不一，實際的性別教育訓練與學習成效亦有待加強（王志嘉，2015）。是以，本研究主張：應依據醫學教育理念和教育現況，而在核心和進階等不同階段區分出不同的性別素養指標與性別學習，以及醫學教育性別素養的培育不能只限於醫學系教育，而是必須透過具系統性的性

別素養指標與指標架構，貫連醫學生的性別素養學習，並能將之應用於醫療現場。

簡言之，基於上述及考量指標實用性原則之下，性別素養指標在主要面向、衍伸主題與能力指標上做了調整，包括依據對於主要面向、衍伸主題與能力指標三者的概念層次區分，並在專家諮詢與因素分析的考驗下，確立了核心能力階段四個主要面向及進階能力階段兩個主要面向及其下所屬的衍伸主題。而各階段能力指標的內涵雖著重統合的素養培育，但依學習階段的不同，在知識、態度、技能與行動力上有不同的層面強調與學習，詳請參見表 1。

二、性別素養指標的內涵與命名

(一) 指標架構層次與目標：彰顯以學生為主體

雖然國內性別平等教育能力指標的規劃只到高中職階段，然而，考量以學生發展為本位之觀點，希望性別素養指標能銜接學生在中小學的性別平等教育與學習，因此本研究初始仍參考九貫性平指標架構，在架構上以主要概念、次要概念及能力指標三個層次，設計指標架構及統整文獻與研究資料。以學生為本位的觀點出發，如上所述，本研究亦考量學生的性別與醫學教育學習須是同軌融合的進行。因此，本研究以學生在醫學教育不同的學習階段做劃分，從基礎的性別學習進展到精神專科所需要的性別素養；橋接性別融入醫學教育之各階段課程，並讓指標具備將來延伸至醫事人員在職繼續教育課程規劃指引的功能。透過這些的方式，體現以學生為主體的教育理念。

但隨著研究的進行與時間推演，12年國教新課綱（預計108學年度實施）與核心素養的學習方式在教育現場的討論日益熱烈，性平能力指標亦將轉變成核心素養的方式融入中小學各教育階段與相關領域。這些教育變革與社會情境及知識的變遷，是性別教育工作者面對的教學轉換與挑戰，自也影響本研究及在行動歷程中需將之納入考量。在研究中期的專家諮詢會議，與會者即提出修改本研究初始的指標架構：

學者C：針對整個架構，次要概念的層次有些是概念，可是有的像面向，可以再想想看命名的部分要怎麼讓使用者清楚。

學者A：或許我們不一定要用概念這樣比較抽象的名詞，可以用面向來包含抽象跟具體的部分，範圍可以比較廣……把「次要」改成「衍伸」……譬如「衍伸主題」，這樣也不會被概念這樣的詞來限制我們自己……。可以借用核心素養包括能力、知識、技巧、態度，是在強調不只是只有「知道」，還要有態度去實踐出來……情意也可以用成態度，就是說醫生要展現出來的態度、形諸於外的態度……因為再往下有能力指標等，所以要愈來愈具體。

因此，經由專家學者建議，指標架構層次的命名由原本「主要概念—次要概念—能力指標」，改成「主要面向—衍伸主題—能力指標」。主要面向仍為最上位的抽象概念，衍伸主題次之，能力指標是面向與主題之下所蘊涵的學習目標或學習內涵。將主要概念改為主要面向，主要基於學者們認為原先主次要概念之間的概念層次不一，有些次要概念的層次是概念，但有些是面向。經過會議討論，使用「面向」來包含抽象與具體的概念，也包含較廣泛的學習範圍與內涵。因此，以「主要面向」來標定醫學生學習性別之內容範疇；「衍伸主題」以其為思考框架，反映該面向內容範疇的重要學習主題；「能力指標」則是指陳不同學習主題需具體達到的學習目標或學習內涵。

再者，專家諮詢會議中，與會者亦建議本研究以「行動」取代一般教育目標的「技能」，用以彰顯性別平等教育期望學生將技能學習推展入行動實踐的精神，也期望能深化明日醫師在臨床醫療的實作，將性別素養帶入專業醫療技能之外，也能擴展至倡議促進性別權益的行動。因此，在核心能力階段強調知識態度行動，進階一著重知識與態度，進階二到了住院醫師階段，因為有更多的臨床醫療診斷與治療的實作，因此除奠基前一階段的知識與態

度的學習外，更為強調與著重行動能力的培養與實踐。

此外，在指標發展過程中，本研究確立了以性別素養統攝性別敏感度、性別意識、性別知識、態度與行動力，這些能力的統合是一種性別素養。換言之，本研究所稱之「素養」，包含知識、態度、行動三個面向，是具有性別知識、態度（情意、同理與關懷）與技能／行動力才能展現出來的能力，並能回應個人與醫療專業工作需求的統合能力。值得一提的是，本研究強調將「態度」的學習鑲嵌在核心與進階能力的所有階段。因為態度是醫師要具體展現出來、形諸於外的作為或表現，事實上它也涉及性別知識與專業技能。舉例來說，當醫師要展現出對同志病人的同理心，他必須要對LGBT（Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender）族群與文化有一些基本的認識與瞭解，必須具備一些性別意識與知能才能感受及同理同志病人分享的生命經驗或健康課題。如果醫師不瞭解這些，要展現出情感上的支持或同理，其實並不容易、也不足夠。

值得再說明的是，本研究以「性別素養」取代「性別能力」作為指標的命名，亦考量指標的可轉換性與銜接性。配合12年國教以「核心素養」作為課程發展的主軸，統整各教育階段及各領域、科目間的學習；核心素養強調的是一個人為適應現在生活及面對未來挑戰所應具備的知識、態度與能力（范信賢，2016；教育部，2014）。因此，本研究採取「素養」作為命名，用語的一致性除了有利於概念上的溝通與理念傳播外，亦是回應以學生發展為本位的精神，讓學生的性別學習在各教育階段與各領域之間具有連貫性。

是以，本研究所稱之「性別素養」是性別敏感度、性別意識、性別知識、態度、性別行動力的統合，目的在於定位透過指標系統帶給學生的性別學習，不僅是知識能力的增加，更是一種公民素養與性別意識的提升，而最終能將其發揮在未來醫療專業執行與日常生活之中。

整體而言，本研究以主要面向、衍伸主題與能力指標三個層次作為指標之橫軸架構，發展各面向與主題的能力指標，並以認知（知識）、態度、行動（包含介入與實作的技能）三層面來貫穿醫學生整體性別素養的培育，希

冀達致以下六項學習目標：

1. 認識性別的差異性，提升性別敏感度（認知）。
2. 瞭解並反思自己的性別成長與發展經驗，同理與接納他人的性別認同與性別經驗（認知、態度）。
3. 具備協助性少數與性別少數者的精神醫學知識（認知、行動）。
4. 瞭解並具備處理精神疾病之性別知能（認知、行動）。
5. 認知性別差異在醫病互動、精神病理、藥物使用之影響，並有能力做出適切的治療（認知、行動）。
6. 具備提供性別友善資源與轉介服務之知能（認知、行動）。

這六項學習目標除彰顯以學習者為主體、學生本位的教育理念之外，也企圖展現目標與目標之間兩方面的層次感：1. 由基礎的知識學習為基底，逐步螺旋上升至知識、態度與行動能力之統合；2. 由基礎、核心之性別學習，逐步擴展至進階之性別素養，體現與符應學生學習發展的成長歷程。

（二）命名政治：人間話與專業術語的拿捏

雖然我們知道需要使用淺顯易懂的語言來陳述指標內容，並且也在過程中努力實踐。然而，本研究面臨到的第一個挑戰是，性別與醫學教育及臨床實作的結合，必須同時考量個體的生物性與社會文化影響（Lin & L'Orange, 2010; Ludwig et al., 2015; Rojek & Jenkins, 2016），而結合生物、社會與文化等跨領域的探討性別與醫學也必須面對各自承載的學理與知識內涵的交逢。因此，該如何用簡潔易懂的話語來傳達兩個學科領域中的重要概念，並且讓不同使用者，如臨床教育醫師、通識課教師或學生都能瞭解呢？再者，當從衍伸主題到能力指標，而這些能力指標又是或將轉化為學習目標時，同樣地，如何讓其是具體、清楚與明確的？特別是在資料蒐集與分析的過程中，隨著資料累積必須一再地將指標內涵彙整及擴充時，必得運用更為抽象或概念化的語言來表達更為廣泛範疇的概念。

第三個挑戰是，當研究者秉持「易使用」、「易讀性」的指標建構原則不斷修改能力指標的陳述，並請學生檢視能力指標的易理解性時，除了上述

兩個原因之外，學生本身的性別知能也影響對於能力指標的理解。學生們指出很多個「不懂」，例如：「什麼是身體意象？」、「不懂什麼是『交織性的概念』？」、「看不懂什麼是非性別常規表現？」、「什麼是性別差異醫學？」、「什麼是性別化創新的概念？」、「什麼是『不同性別者』？」除了因為專有名詞或特定用語而影響對於能力指標的理解外，也有整句能力指標都「不懂」的情況，如「不懂什麼是『瞭解醫生與病人及家屬間的性別權力差距對溝通互動的影響』，是指男醫師和女醫師說的話的說服程度不同嗎？」針對後者，確實可以透過修飾語句來改善過於冗長而導致語意不清的問題，因此透過焦點團體會議，將其修改為「瞭解醫病互動中的性別與權力差距，並能調整醫病互動與溝通方式」。然而，針對前者，經過反覆的討論，本研究決定將專有名詞（如身體意象、交織性、性別差異醫學、性別不安）或特定用語（如不同性別者）的使用，定位視為一種正名策略⁶。

例如，針對「性別與人際關係」面向的命名討論，涉及概念分類、統整、歸納之知識內涵承載與指標建構細部分層之架構問題。在焦點團體訪談中，引發熱烈的討論。由於焦點團體訪談法的特色在於探索人們的經驗、意見、期望與關心的事，也因此能在團體討論的過程中看見意見形成與變化的過程（鄭夙芬，2012）。

學者C：醫療工作者本身跟同事的關係、人際的關係呢？譬如說醫護。

學者B：學生在學習不只關照到病患因為社會關係而造成自身的健康狀況，也包括醫療人員本身性別權力關係如何作用在情感關係裡面。

學者A：可不可以把人際關係放進來，大家在談人跟人的互動……它可以包含同學跟同事關係……可以用「性別與人際關係」……

⁶ 本研究認為對於專有名詞的解釋或能力指標的內容說明，未來可以透過示例或概念說明的方式，協助使用者獲得更詳細的介紹及說明。

至於什麼樣的人際關係可以在「能力指標」去講。

學者B：因為根據資料，不只是醫病或醫用關係，反而是說怎麼樣幫助臨床工作者去瞭解病患現實生活中所面對的（人與人）關係產生的壓力、傷害。

研究者：他們在診斷個案病症，不只是生理症狀，有可能是因為家庭史這種疾病的社會面向，譬如親子關係中對於子女的性別期待，導致子女長期精神壓力很大，生理產生狀況，就像田野觀察有看到的情形。

學者B：這在精神科可能就很重要，這就是精神醫學跟社會科學很好的結合地方，甚至是要跟精神醫學學習的他們在關係裡面所看到的動力面向，我們看到的是結構和文化，可是交織在一起呈現在診間病患的狀況上。

學者A：那要不要把面向改成「性別與人際關係」啊？

學者C：我正在這麼想！

學者A：因為情感會讓人有點混淆，像是誤認成親密關係，而且剛剛B的闡述就更清楚，這裡是要讓醫療工作者在基礎醫學教育或是精神醫學教育的過程中，對人際關係的性別意涵有敏感度，那人際關係可以呈現在溝通互動……譬如覺察所照顧的病患他們個人情感關係所面臨的問題。

批判教育學者 McLaren（2006）提醒教師思考「為什麼要教那些知識」，課程與教學目標的功能應該是協助學生認識特定知識形式的社會功能，是一種「引導性的知識」（directive knowledge）。如上所述，「主要面向」是用來標定醫學生學習性別之內容範疇，因此以「性別與人際關係」作為面向命名，具有廣納、包涵與指引特定性別知識的功能，亦能促發其下的衍伸主題與能力指標發展更為細部的性別學習。再者，如何命名與將所命名的概念再現，涉及了知識的建構與傳播機制（Hall, 1997）。本研究認為

性別知識的建構、推動與推廣，本身就是政治性的。因此，作為「目標」性質的用語，使用專業術語或概念除能達到「引導性知識」的功能外，也是一種正名行動，透過直接語言、概念的使用，使人清楚明確地意識到性別知識的存在，更重要的是提升特定性別知識的可見性。本研究認為，醫學教育的性別主流化也包含了性別知識在醫學教育從邊緣到中心的位移與位置，可見性即是賦予了過去被忽視的性別觀點與知識話語權的一種方式。本研究相信，直接使用性別知識用語，而非轉譯、改寫或借用其他語彙，是促發人們面質與認識性別知識的傳播機制，更是性別與醫學知識創新的有力機轉。

三、反思與行動中修正

(一)性別素養指標在行動中修正與應用

本研究在指標發展過程中，曾面臨衍伸主題與能力指標數量過多，需要刪減的問題。因此，本研究採取多重方法的資料蒐集、分析與結果詮釋，包括運用「清點」的分析策略，希望透過數量分配看出資料的整體趨勢（張芬芬，2002），以哪些是大量提及、哪些是較少觸及的性別議題，作為刪減依據。

不同方法的交互使用下，確實能幫助研究者從不同角度觀看與彙整指標。「清點」凸顯出「能見」（visible）的性別議題或性別可融入之處，如性別暴力是晨會個案討論中最常見的性別議題。然而，研究者亦深刻體會納入「不可見」（invisible）性別議題之必要。性與性別少數及性別不安（gender dysphoria）是研究者在參與臨床教育過程中，幾乎較少聽到的臨床個案或案例討論，亦無這方面的教育課程。這兩個主題卻是大多受訪的資深醫師與性別專家學者認為應該要有的學習主題，但在臨床實作中很少「現身」，個別受訪談的總醫師也有不同的看法：

性別不安我到現在4年，沒看過幾個……大概五隻手指頭數得出來的程度，真的很少。因為我覺得這個最重要是本身求助者就非常少

了……就連門診就已經很少了，更不要說到住院或到急診是因為這個原因，我覺得不太可能。所以我覺得這個在晨會不太可能會出現，好幾年都不一定有一個⁷。

如果他今天來有表現憂鬱，可是他講的一大堆壓力當中，性別找不到，或是我只是覺得他的氣質上好像有一點點怎麼樣，可是你不好去問他，等於你沒有著力的點……在他報（說明病情）的過程當中，如果讓我覺得他有報到一些「線索」，我可能會朝著這個方向去提點一下。

不同方法之間所產生的衝突，讓研究者重新再反思建構醫學教育性別素養指標的目的是什麼？想要看到的改變是？事實上，指標不只是反映教育理念，而是定義之。尤其甚者，指標不僅用於反映教育理念及定義問題，更要能發現問題、描述教育體系的重要面向或議題，以及作為指引政策介入之參考依據（張珏、張菊惠、張嘉玲、許碧珊、張彥寧，2005；Moser, 2007；Ogawa & Collom, 2000；Selden, 1985；Stecher & Koretz, 1996）。

前述提及「沉睡指標」，性別少數者及其精神健康與性別不安等主題是某種程度的沉睡指標。過去研究顯示，和異性戀同輩者比較，性與性別少數年輕人有較高比例會出現憂鬱和傷害自己（Birkett et al., 2009；King et al., 2008），而最可能解釋此族群高憂鬱和自傷比例的原因，就是他們感受到以及實際經歷來自周遭他人和社會對於性取向少數的歧視、言語和肢體虐待（Almeida, Johnson, Corliss, Molnar, & Azrael, 2009；Russell & Joyner, 2001）。起源自偏見的性霸凌，也會比一般霸凌造成更嚴重的精神健康傷害（Swearer, Turner, Givens, & Pollack, 2008）。由於擔心遭受歧視，性與性別少數者常在求醫（包括精神科）時不願揭露自己的性取向與非性別常規之

⁷ 本研究在日後田野觀察之某次課程討論中，卻也聽到另一位住院醫師分享遇到兩位性別不安的病人，但不知該如何適當回應與處置的疑惑。

處，甚至忌諱求醫，嚴重影響身心健康問題獲得協助的時機。

社會學家 A. Johnson 指出：「在有些情況下，對於性別歧視的『不瞭解』，就是伴隨性別支配而來的特權的一部分」（成令方、王秀雲、游美惠、邱大昕、吳嘉苓譯，2008：96）。受訪醫師談話中所揭露的問題，就如前言之中所提到的，精神科醫生要病人揭露的更多，才有辦法找到談話或治療的線索，但是對於精神病人來說，他／她們是精神與疾病及專業知識上的多重弱勢者。是以，醫師的性別素養提升或許能「看見」性別不安或非性別常規者，而對其性別認同與生命經驗及處境的更多瞭解，或許也有助於改善性與性別少數者「少於」現身醫療機構就診或獲取所需健康照顧服務之情況。

因此，本研究認為保留性與性別少數及性別不安等性別議題，並以它們作為議題導向的指標及學習目標，不僅能引發討論，尤其能增加醫學生對重要精神醫學與性別議題瞭解的廣度與深度；更能協助醫師在面對有精神健康困擾的病患時，具有性別敏感度、正確且充分的性與性別少數概念，而能順利與病患建立關係、澄清病史和症狀，更重要的是，提供有效的治療。本研究亦認為將性與性別少數及性別不安納入作為指標，亦能彰顯指標用來標示重點、用來提倡或捍衛理念立場之功能（Ogawa & Collom, 1998），包括能讓人更認真看待性別議題、促成更好的計畫與行動（Moser, 2007）。

此外，針對醫師、教師與醫學生所做的問卷調查與因素分析，則協助本研究將各面向與主題之間的概念類屬及能力指標的彙整、縮減做更好的檢驗，亦讓相同概念但不同層次的指標有更好的歸屬。以核心能力階段能力指標「瞭解各式情感關係中，不同性別者間的權力議題及帶來的影響」為例，研究者原認為它可歸類在「平等、差異與權力」主題，但因素分析歸於「性別與情感」。權力議題的探討的確是性別平等教育的核心，但權力有不同的形式及涉及不同層次的關係。「性別與人際關係」面向下的「性別與情感」主題，著重微觀的人際關係層面，關注的是人與人之間不同形式與情感關係中的權力議題。「性別、權力與權益」面向下的「平等、差異與權力」則強

調制度層面或系統性的權力，著重的是性別與權力結構。換言之，它指的是鉅觀、結構性與制度性影響，如能力指標中所指的法令制度與規章。是以，在「平等、差異與權力」的三個能力指標，都關乎以結構概念來理解性別權力關係與限制，包括對於個人與群體的影響（參見表1）。而對於權力差異的探討，以及區分權力關係與層次，是本研究與過往研究不同之處。而這也彰顯出本指標系統的價值。

(二)田野觀察的看見及理念實務間的張力

教育實踐的行動與研究結果的產出，是在行動、反思與修正之反覆循環歷程中逐漸成形，也逐漸形成。這一套性別素養指標在2年多的行動歷程中，歷經理論與臨床教育實踐經驗的對話⁸，在指標生成之際，研究者也發現伴隨而來的後續發展與行動課題：

我第一次看到的時候，覺得有點「驚奇」，就是說雖然我們都說「性別」，可是真的列出來那麼具體的，會讓我覺得說，噢！我好像曾經有想過這樣子的問題，就是沒有具象化。然後這樣子看了一條一條之後就覺得說，哦～還有這些東西可以問，我覺得滿神奇的……像是關於說氣質這個，或是我們對男女的社會期待這一種……回想臨床，好像有一些這樣子的情況，那還有一些我覺得還不錯的是講到醫療者本身，對於不同性別的人，或是跨性別的人，有怎麼樣的一些互動？會不會調整了什麼樣的行為？我覺得這個都是無形中應該有的，只是沒有人提出那麼具體的問題，你就不會有那麼多的想法。（個訪總醫師）

因為現在的研究大家討論女性也比較多，像經前不悅症，你就要討論

⁸ 例如，本研究應用性別素養指標發展晨會個案討論的提問單，以及作為課程設計指引與教學目標發展出兩門新課程。提問單與新課程的教學都在持續進行中，並以蒐集得來之資料，作為修正性別素養指標之參考依據。

女生月經的一些賀爾蒙的變化，才有辦法討論她的mood嘛！那男生或許有一些，可是目前在研究上，或是大家討論它本身就比較少，所以不會為了這個特別去查，花我一大堆時間去查這個方面……。（個訪總醫師）

因為我們也還是在學習啊！不是全部都知道……如果說性別與暴力這種……那目前處理的流程大概會是什麼，或是要如何去通報，雖然我其實知道，我們也學過，可是如果你希望說新手的總醫師能問……我覺得有一些教育性質的，就是你要問，你要先會。所以說如果有一些很明確的，生理方面或制度方面，有一些比較客觀的狀態，可以寫一些初步的方向（意指希望有一些現成可用的資料），讓大家可以有著力的點，或去學習的點。（個訪總醫師）

受訪醫師的談話，揭露了「無處不性別」的醫療教育與工作現場，不論是生理或社會性別，皆非是自然而然地顯現，性別素養是醫師「看見」性別的視窗，性別素養指標則具像化了性別學習的議題與方向。然而，忙碌的醫療臨床教育與工作，即使「看見」性別之於醫療的重要性，卻不一定能引發主動或更多深入的學習，但卻也渴望更多「現成」的性別與醫學研究、性別課程與教育、及學習教材。

此外，在田野觀察與教學實作中，本研究也發現這套性別素養指標確實能「提供重要資訊來調整計畫與行動，並揭露達成行動的阻礙為何」（Moser, 2007）。譬如，某次晨會的個案報告中，對於精神病患的病症描述、診斷及藥物使用是討論的重點：

就發生比率而言，MDD女生為男生的兩倍，但BPI男女發生比率相同，就這點分別去問了一位clerk及一位R背後的原因以及過去在課堂上是否有說明原因。但他們均表示此僅為統計結果，他們並不知道背

後的成因，課堂上也不會說明。另外他們也認為這主要是根據科學得出的結果。

當醫師（授課教師）在介紹藥物副作用與藥物治療時提到鋰鹽會導致青春痘、腎功能、腸胃不適及掉髮等問題，以及提到病人吃了藥後會抱怨噁心、想吐，藥物會影響生殖系統，病人卻很少主動提到這方面的影響（如性功能）。授課教師並沒有進一步談論男女病患對於這些副作用的差異感受與探討背後原因。

以性別素養指標觀之，這些教學現場的互動及討論，不只是關於藥物使用與治療上的性別差異，亦涉及「性別與溝通互動」或「性別友善醫療」等衍伸主題中之性別議題。例如，病患未提及的原因可能是因為不知道那是藥物副作用所致，或是面對不同性別的醫師而不好意思詢問（男病患女醫師）。再者，男女病患對於用藥的需求與考量藥物「有效與否」背後思考的性別因素，都是「性別與健康差異」主題能夠帶入、融入的性別學習，但卻是必須仰賴教學者與學習者帶進性別醫學（gender medicine）或性別差異醫學（gender specific medicine）及其他相關的性別概念，將個體與群體的生理、心理與社會文化等面向一起納入考量，才能帶來更好的醫療或健康照顧品質。

換言之，在參與田野的過程中，研究者深刻感受臨床教育訓練「無處不性別」，同時更加深刻體會與發現，雖然性別或性別素養指標能夠融入的「教學時刻」（teaching moments）很多，但唯有教學者（醫師）具備了性別素養及一定的性別專業知識，才能引領醫學生（明日醫師）學習性別與提升性別素養。誠如受訪的總醫師所說：「只是我們的knowledge可能不夠……盛行率這種教科書就直接有寫的，就很容易問」、「我真的覺得如果要討論性別議題，醫學生我們要受過訓練，比如說，我們也去上一兩個禮拜的課程」。

素養導向的性別課程，確實是學習性別的重要學習場域與方式，能讓醫

學生在有組織的性別課程與醫學教育訓練之中「準備好了」，在醫療臨床現場發揮與應用。因此，建立醫學教育性別素養指標是促進醫學教育中性別主流化的第一步，也是重要的開端，這個開端將會引領我們不斷發現問題，解決問題，讓性別與醫學教育的改革持續進行。

伍、結論與再出發

本研究運用實踐取向個案行動研究，建構醫學教育性別素養指標，藉由性別素養指標作為發展性別課程及課程與教學目標，有系統地銜接醫學生在基礎醫學教育及精神科臨床教育之性別學習。換言之，性別素養指標是性別融入醫學教育之基礎架構，讓教學單位能有系統地針對醫學生所須習得的性別知識、態度與能力，組織教學課程、方法和評量，從基礎醫學教育到臨床教育，一直延伸到臨床不分科和分科住院醫師訓練，將性別素養納入醫師養成教育之中。根據研究結果，本研究提出之性別素養指標，共包含8個主要面向、20個衍伸主題、74個能力指標，依據不同的教育／學習階段，著重知識、態度、實作與行動等各方面能力統合兼備的訓練與學習。

Lagro-Janssen (2010) 及許多學者都指出，在醫學教育成功融入性別的特點是，將性與性別差異融入課程並符合醫學課程的需要，以及將這些差異包含在學習目標之中。建基在過往研究之上，首先，本研究著重與強調學生的性別學習應以醫學生整體的養成過程為規劃，從基礎醫學教育、臨床教育到住院醫師訓練皆納入性別教育的範圍。本研究個案為醫學大學，然而，不論是醫學大學或是綜合大學的醫學院，醫學生共同接受基礎醫學教育，即大一到大四的專業課程與通識課程，大五、大六見實習及之後的住院醫師訓練階段，則會依學校屬性及合作醫院的教育訓練規劃，因而會有不同的臨床教育課程與訓練。但此不同也非純然的差異，因為在國家考試與證照取得的方向下，仍是有一些共通的臨床教育訓練或課程。因此。本研究性別素養指標依醫學教育階段分為核心能力階段、進階能力階段一及進階能力階段二。對

這兩類學校而言，核心能力階段的性別素養（四大面向、10個衍伸主題、35個能力指標），可作為性別融入通識課程及醫學系課程（含醫學人文課程）如流行病學、社會學、醫學倫理等課程之課程與教學目標，可作為課前評量學生性別素養或課後評量性別素養學習成效之指標，亦可以作為發展教材或教學活動之指引。進階能力階段雖會因學校屬性及臨床教育課程而有所差異，但本指標在研發過程中依循的重要性、代表性、實用性等指標建構原則，發展出進階能力階段之主要面向與衍伸主題及伴隨而來的能力指標，亦具有提供課程設計者與教學者規劃性別課程或將性別融入臨床教育之功能。

其次，透過多重資料分析的方式，本研究將指標合併成以主題為導向的指標架構，並讓面向、主題及能力指標之間彼此關聯。本研究亦擴展性別知識的學習，不只聚焦在性與性別差異、納入性別歧視與性別暴力，更擴及其他重要的性別概念及學習主題，如：性別與情感、性別權益促進行動、性別不安，以及將性別、醫療與健康照顧課題放置在個人與社會關係中，從微觀到鉅觀來探討不同性別者的健康權。本研究進一步納入性別差異醫學的視角，加入性別化創新、性別統計及性別分析在精神醫療的學習與應用。此外，和過去研究不同的是，本研究以性別素養指標作為醫學生建構性別知識體系的架構，並凸顯性別友善醫療、性別與人際關係及性別權益促進行動等主題之學習。值得一提的是，性別與健康差異及性別友善醫療是貫穿三個階段的學習主題，但分屬在不同面向之下及各自涵攝不同的能力指標。這些不同的面向與能力指標，標舉出由淺入深之不同學習層面與知識內涵，以及性別學習的銜接與串連。

Iedema、Degeling、Braithwaite與Chan（2004）曾言，唯有不同的知識建構和醫學實踐的論述融入課程，創新才有可能發生。將性別素養融入醫學教育與課程之中，不僅是醫學教育中的性別實踐與創新，亦能促使醫學教育機構對於性別平等承諾所採取的行動是可量化與可分析的，更是成就更為完善與平等平權的健康照顧與醫病關係之基石。藉由性別素養指標將性別整合入醫學教育中，其意義與價值在於：透過系統性的性別素養指標架構帶給學

生的性別學習，不僅是知識、態度、能力的增加，更是一種公民素養的提升，最終能將其發揮在未來醫療專業執行與日常生活之中，讓明日醫師對於不同性別者有一定的認識，讓不同性別者在近用醫療資源時，皆能獲得平等的就醫權益與服務。

最後，教育指標的建構與教育實踐的行動，都是持續不斷修正的歷程。性別素養指標是工具，而非目的地，是指引醫師與醫學生學習性別素養的起點，而非終點。性別素養指標的建立，是性別主流化醫學教育的第一步，未來的研究與教育實踐仍將需繼續進行。本研究建議未來探究的方向與議題包括：一、研發培力教師與醫師運用性別素養指標的策略與方式，推廣醫學教育之性別素養指標，讓性別素養指標的教學者，如基礎和臨床醫學教育工作者熟知及有能力使用；二、發展教案編寫、課程設計與教學、教材製作或選用、多元學習評量方式與工具等應用指標之教學研發；三、瞭解指標的不同使用者的使用經驗與回饋，如醫學教育政策制定者、醫師、教師與學生，對於指標進行檢視與持續修訂；四、研議提升主管政治意志與政治支持之策略：機構領導者或部門主管的政治支持，是醫學教育性別主流化的關鍵面向之一（Verdonk et al., 2008），如何讓主管醫學教育的行政部門瞭解性別素養指標的重要性，並能付諸行動，需要策略與方法；五、建立培養各項指標之性別素養教育訓練計畫，開發多種形式和媒介的教育方式及學習策略。

誌謝：本研究是科技部專題研究計畫「性別主流化與醫學教育：發展性別能力指標與融入精神醫學臨床實習課程」之部分研究成果，感謝科技部研究經費補助及三位研究助理蕭宇、郭宇萱與陳紘佑之協助。

參考文獻

(一)中文部分

王志嘉 (2015)。醫療職場的性別專業與性別科技創新。《臺灣醫界》，58 (2)，59-62。

[Wang, J.-J. (2015). Gender profession and gender innovation in medical workplace. *Taiwan Medical Journal*, 58(2), 59-62.]

王秀紅 (2012)。性別主流化與性別能力。載於楊幸真 (主編)，性別與護理 (頁3-20)。臺北市：華杏。

[Wang, H.-H. (2012). Gender mainstreaming and gender competence. In H.-C. Yang (Ed.), *Gender and nursing* (pp. 3-20). Taipei, Taiwan: Farseeing.]

王紫菡、成令方 (2012)。同志友善醫療。《台灣醫學》，16 (3)，295-301。

[Wang, T.-H., & Cheng, L.-F. (2012). Friendly healthcare for lesbians, gays, bisexual, transgender and other sexual minorities (LGBT). *Formosan Journal of Medicine*, 16(3), 295-301.]

成令方、王秀雲、游美惠、邱大昕、吳嘉苓 (譯) (2008)。A. G. Johnson 著。性別打結：拆除父權遺建 (The gender knot: Unraveling our patriarchal legacy)。臺北市：群學。

[Johnson, A. G. (1997). *The Gender knot: Unraveling our patriarchal legacy* (L.-F. Cheng, H.-Y. Wang, M.-H. You, T.-S. Chiu, & C.-L. Wu, Trans.). Taipei, Taiwan: Socio.]

成令方、蔡昌成 (譯) (2011)。E. Kuhlmann 著。健康照護與政策之性別主流化：從國際經驗學起 (Mainstreaming gender into healthcare and policy: Learning from international experience)。科技、醫療與社會，12，251-272。

[Cheng, L.-F., & Tasi, C.-C. (Trans.). (2011). Mainstreaming gender into healthcare and policy: Learning from international experience. *Taiwanese*

- Journal for Studies of Science, Technology and Medicine*, 12, 251-272.]
- 吳嘉苓、傅大為、雷祥麟（主編）（2014）。科技渴望性別。臺北市：群學。
- [Wu, C. L., Fu, D. W., & Lei, S. H. (Eds.). (2014). *Social aspirations of technoscience*. Taipei, Taiwan: Socio publishing.]
- 范信賢（2016）。核心素養與十二年國民基本教育課程綱要：導讀《國民核心素養：十二年國教課程改革的DNA》。教育脈動，5，1-7。
- [Fan, H.-H. (2016). Core competence and outline of the 12-year basic education curriculum for Nationalities: A guide to “National core competence: The DNA of the 12 years of state curriculum reform”. *Pulse of Education*, 5, 1-7.]
- 張珏、張菊惠、張嘉玲、許碧珊、張彥寧（2005）。婦女健康指標之芻議。台灣公共衛生雜誌，24（6），494-503。
- [Chang, C., Chang, C.-H., Chang, C.-L., Hsu, B.-S., & Chang, Y.-N. (2005). Proposed Indicator of women’s health. *Taiwan Journal of Public Health*, 24(6), 494-503.]
- 張芬芬（2002）。質性研究中引出結論的技術。初等教育學刊，13，79-128。
- [Chang, F.-F. (2002). Tactics for drawing conclusions from qualitative data. *Journal of Elementary Education*, 13, 79-128.]
- 教育部（2014）。十二年國民基本教育課程綱要總綱。2017年9月18日，取自 <http://12cur.naer.edu.tw/upload/files/96d4d3040b01f58da73f0a79755ce8c1.pdf>
- [Ministry of Education. (2014). *The directions governing for the 12-year basic education curriculum*. Retrieved September 18, 2017, from <http://12cur.naer.edu.tw/upload/files/96d4d3040b01f58da73f0a79755ce8c1.pdf>]
- 陳心怡、童伊迪、唐立楨（2014）。大學社會工作課程的性別能力教學與學

- 習。當代社會工作學刊，6，50-85。
- [Chen, H.-Y., Tung, Y.-T., & Tang, I.-C. (2014). The gender competence about teaching and learning in the undergraduate course of social work department. *Journal of Contemporary Social Work*, 6, 50-85.]
- 陳伯璋（2010）。臺灣國民核心素養與中小學課程發展之關係。課程研究，5（2），1-25。
- [Chen, P.-C. (2010). The relation between the core competences and elementary and secondary school curriculum development in Taiwan. *Journal of Curriculum Studies*, 5(2), 1-25.]
- 陳淑敏（2012）。論全球公民教育與其教學實踐——以大學生的學習為例。當代教育研究季刊，20（4），121-153。
- [Chen, A. S.-M. (2012). Global citizenship education and its pedagogical practices: An example of undergraduates learning. *Contemporary Educational Research Quarterly*, 20(4), 121-153.]
- 湯京平（2012）。個案研究。載於瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞（主編），社會及行為科學研究法（二）質性研究（頁241-270）。臺北市：東華。
- [Tang, C.-P. (2012). Case study. In H.-Y. Chiu, H.-D. Bih, M. Liou, & K.-S. Yang (Eds.), *Research methods in social and behavior sciences II: Qualitative research* (pp. 241-270). Taipei, Taiwan: Tunghua.]
- 程慧娟（2008）。她山之石：向荷、加、美、澳借鏡。性別平等教育季刊，43，62-68。
- [Cheng, H.-C. (2008). Other's experience informs our own: Learning from Netherlands, Canada, United States and Australia. *Gender Equality Education Quarterly*, 43, 62-68.]
- 黃志中、莊瑞君（2013）。性少數的健康照護：權利與困境。婦研綜橫，99，12-16。

[Huang, J.-J., & Jhuang, R.-J. (2013). Sex and gender minorities in health care: Rights and dilemmas. *Forum in Women's and Gender Studies*, 99, 12-16.]

黃崑巖 (2002)。醫學教育白皮書：台灣醫學教育之改進方向。臺北市：教育部。

[Huang, K.-Y. (2002). *Medical education white paper: The direction of improvement in Taiwan's medical education*. Taipei, Taiwan: Ministry of Education.]

黃淑玲 (2014)。全球典範！？瑞典性別主流化實施模式。公共治理季刊，2 (2)，69-82。

[Hwang, S.-L. (2014). Global model!?! Swedish gender mainstreaming model. *Public Governance Quarterly*, 2(2), 69-82.]

楊幸真 (2014)。將性別帶入醫療專業與照顧行為之中。醫療品質雜誌，8 (3)，84-87。

[Yang, H.-C. (2014). Integrating gender into the medical profession and healthcare. *Journal of Healthcare Quality*, 8(3), 84-87.]

劉盈君 (2015)。潛藏在抗精神病藥物臨床研究中的性別排除——以 Clozapine 為例。人文社會與醫療期刊，2，69-85。

[Liu, Y.-C. (2015). The gender exclusion hidden in clinical studies of anti-psychotic drugs: Using clozapine as an example. *Journal of Humanities, Social Sciences and Medicine*, 2, 69-85.]

潘慧玲、黃馨慧、周麗玉、楊心蕙 (2010)。高級中等學校性別平等教育能力指標之建構。課程與教學季刊，13 (2)，23-46。

[Pan, H.-L., Hwang, S.-H., Chou, L.-Y., & Yang, H.-H. (2010). Constructing the competence indicators of gender equity education in the upper secondary schools. *Curriculum & Instruction Quarterly*, 13(2), 23-46.]

蔡清田 (2003)。透過行動研究，進行課程改革。載於齊力、林本炫 (主編)，質性研究方法與資料分析 (頁122-142)。嘉義市：南華大學。

- [Tsai, C.-T. (2003). Curriculum reform through action research. In L. Qi, & P.-H. Lin (Eds.), *Qualitative research methods and data analysis* (pp. 122-142). Chiayi, Taiwan: Nanhua University Press.]
- 蔡清田 (2017)。課程發展與設計的關鍵DNA：核心素養。臺北市：五南。
- [Tsai, C.-T. (2017). *Key DNA of curriculum development and design: Core competencies*. Taipei, Taiwan: Wunan.]
- 蔡敦浩、劉育忠、王慧蘭 (2011)。敘說探究的第一堂課。臺北市：鼎茂。
- [Tsai, D.-H., Liu, Y.-C., & Wang, H.-L. (2011). *Narrative inquiry*. Taipei, Taiwan: Tingmao.]
- 鄭夙芬 (2012)。焦點團體研究法。載於瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞 (主編)，*社會及行為科學研究法：總論與量化研究* (頁269-301)。臺北市：東華。
- [Cheng, S.-F. (2012). Focus group interviewing. In H.-Y. Chiu, H.-D. Bih, M. Liou, & K.-S. Yang (Eds.), *Research methods in social and behavior sciences: General and quantitative methods* (pp. 269-301). Taipei, Taiwan: Tunghua.]
- 鄭雅丰、陳新轉 (2011)。能力概念及其教育意義之探討。*教育研究與發展期刊*，7 (2)，27-56。
- [Cheng, Y.-F., & Chen, S.-T. (2011). The concepts of competence and their implications for education. *Journal of Educational Research and Development*, 7(2), 27-56.]
- 鍾道詮 (2011)。女男同志健康需求概述。*社區發展季刊*，136，357-371。
- [Chung, D.-C. (2011). Introduction to gay and lesbian's health needs. *Community Development Journal Quarterly*, 136, 357-371.]
- 顏正芳 (2014)。精神醫學教育必須提昇受訓者協助個別族群需求的能力——以同志族群為例。*精神醫學通訊*，33 (11)，12-15。

[Yen, C.-F. (2014). Psychiatric education must improve the trainees' ability to assist the needs of individual ethnic groups: Taking the gay community as an example. *Psychiatry Newsletter*, 33(11), 12-15.]

蘇芊玲（2012）。高等教育與性別主流化：檢視與反思。性別平等教育季刊，58，9-12。

[Su, C.-L. (2012). Higher education and gender mainstreaming: Inspection and Reflection. *Gender Equality Education Quarterly*, 58, 9-12.]

(二)英文部分

Abdool, S., & Vissandjee, B. (2001). *An inventory of conceptual frameworks and women's health indicators*. Montreal, Canada: Centre of Excellence for Women's Health.

Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014.

Ambanpola, L. (2016). *Achieving gender-cultural competence by australia's medical workforce*. Centre for Culture and Health, University of New South Wales. Retrieved December 29, 2016, from http://www.eisenbruch.com/about_us/Ambanpola%20and%20Eisenbruch%20-%20Achieving%20gender-cultural%20competence.pdf

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bansal, P., Supe, A., Sahoo, S., & Vyas, R. (2017). Faculty development for competency based medical education: Global, national and regional perspectives. *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 8(5), 89-95.

- Beck, T. (1999). *Using gender-sensitive indicators: A reference manual for governments and other stakeholders*. London: Commonwealth Secretariat.
- Bengtsson, E. A. (2011). *JÄMI (A Swedish commission for gender mainstreaming report)*. Retrieved July 28, 2015, from <http://www.jamiprogram.se/english/1-11-report-jami-a-swedish-commission-for-gender-mainstreaming/>
- Blickhäuser, A., & von Barga, H. (2007). *What is gender competence*. Retrieved November, 24, 2016, from <http://www.fit-for-gender.org/toolbox/toolboxEN/Downloads/5.%20Materials/>
- Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989-1000.
- Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., & Harden, R. M. (2010). Competency-based medical education: Theory to practice. *Medical Teacher*, 32(8), 638-645.
- Hall, S. (Ed.). (1997). *Representation: Cultural representations and signifying practices*. London: Sage.
- Hogwood, B. W., & Gunn, L. A. (1984). *Policy analysis for the real world*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Iedema, R., Degeling, P., Braithwaite, J., & Chan, D. K.-Y. (2004). Medical education and curriculum reform: Putting reform proposals in context. *Medical Education Online*, 9(17), 1-15.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., & Popelyuk, D. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Kulmann, E., & Annandale, E. (Eds.). (2010). *The Palgrave handbook of gender*

- and healthcare*. New York: Palgrave Macmillan.
- Lagro-Janssen, T. (2007). Sex, gender and health: Developments in research. *European Journal of Women's Studies*, 14(1), 9-20.
- Lagro-Janssen, T. (2010). Gender and sex: Issues in medical education. *Ts Medisch Onderwijs*, 29(1), 48-53.
- Lather, P. (1991). *Getting smart: Feminist research and pedagogy with/in the postmodern*. New York: Routledge.
- Lin, V., & L'Orange, H. (2010). Gender-sensitive indicators for healthcare. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Eds.), *The palgrave handbook of gender and healthcare* (pp. 72-90). London, UK: Palgrave Macmillan.
- Lin, V. H., L'Orange, H., & Silburn, K. (2007). Gender-sensitive indicators: Uses and relevance. *International Journal of Public Health*, 52, 27-34.
- Ludwig, S., Oertelt-Prigione, S., Kurmeyer, C., Gross, M., Gruters-Kieslich, A., Regiyz-Zagrosek, V., & Peters, H. (2015). A successful strategy to integrate sex and gender medicine into a newly developed medical curriculum. *Journal of Women's health*, 24(12), 996-1006.
- McLaren, P. (2006). *Life in school: An introduction to critical pedagogy in the foundations of education* (5th ed.). Harlow, UK: Person.
- Mimbrero, M. C., Silva, J. P. D., & Cantera, E. L. M. (2017). Analysis of gender equality competence present in cultural positions. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(66), 90-97.
- Morley, L. (2007). Sister-matic: Gender mainstreaming in higher education. *Teaching in Higher Education*, 12(5), 607-620.
- Moser, A. (2007). *Gender and indicators: Overview report*. Brighton, UK: University of Sussex, the Institute of Development Studies.
- Nobelius, A. M., & Wainer, J. (2004). *Gender and medicine: A conceptual guide for medical educators*. Traralgon Victoria, Australia: Monash University

- School of Rural Health.
- Nuttall, D. L. (1994). Choosing indicators. In K. A. Riley & D. L. Nuttall (Eds.), *Measuring quality: Education indicators-United Kingdom and international perspectives* (pp. 17-40). Bristol, PA: Falmer Press.
- Ogawa, R., & Collom, E. (1998). *Educational Indicators: What are they? How can schools and school districts use them?* Riverside, CA: School of Education, University of California.
- Ogawa, R., & Collom, E. (2000). Using performance indicators to hold schools accountable: Implicit assumptions and inherent tensions. *Peabody Journal of Education*, 75(4), 200-215.
- Porter, A. (1988). Indicators: Objective data or political tool? *Phi Delta Kappan*, 69(7), 503-508.
- Rojek, M. K., & Jenkins, M. R. (2016). Improving medical education using a sex and gender-based medicine lens. *Journal of Women's Health*, 25(10), 985-989.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1276-1281.
- Selden, R. W. (1985). *Educational indicators: What do we need to know that we don't know now?* (ERIC Document Reproduction Service No. ED272565)
- Shah, N., Desai, C., Jorwekar, G., Badyal, D., & Singh, T. (2016). Competency-based medical education: An overview and application in pharmacology. *Indian Journal of Pharmacology*, 48(Suppl 1), 5-9.
- Stake, R. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stecher, B. M., & Koretz, D. (1996). *Issues in building an indicator system for*

- mathematics and science education*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Swearer, S. M., Turner, R. K., Givens, J. E., & Pollack, W. S. (2008). “You’re so gay!”: Do different forms of bullying matter for adolescent males? *School Psychology Review, 37*(2), 160-173.
- Verdonk, P., Mans, L. J. L., & Lagro-Janssen, T. (2005). Integrating gender into a basic medical curriculum. *Medical Education, 39*, 1118-1125.
- Verdonk, P., Mans, L. J. L., & Lagro-Janssen, T. (2006). How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change. *Gender and Education, 18*(4), 399-412.
- Verdonk, P., Benschop, Y., Heas, J., & Lagro-Janssen, T. (2008). Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education. *Medical Teacher, 30*, 194-201.
- Verdonk, P., Benschop, Y., Heas, H., Mans, L. J. L., & Lagro-Janssen, T. (2009). “Should you turn this into a complete gender matters?”: Gender mainstreaming in medical education. *Gender and Education, 21*(6), 703-719.
- Verloo, M. (2001). *Another velvet revolution? Gender mainstreaming and the politics of implementation*. IWM Working Paper No. 5/2001: Vienna.
- West, C., & Zimmerman, D. (2002). Doing gender. In S. Fenstermaker & C. West (Eds.), *Doing gender, doing difference: Inequality, power, and institutional change* (pp. 3-24). New York: Routledge.
- Yang, H.-C. (2016). Transforming concepts into practices: Mainstreaming gender in higher education. *Asian Journal of Women’s Studies, 22*(4), 392-413.
- Yinger, N., Peterson, A., Avni, M., Gay, J., Firestone, R., Hardee, K. et al.

(2002). *A framework to identify gender indicators for reproductive health and nutrition programming*. Washington, DC: USAID.