

台灣原住民女性健康與性別主流化之省思

黃筱晶¹ 施芊卉² 王婕穎³ 侯佳弦⁴ 李茹萍^{5*}

¹樹德科技大學兒童與家庭服務系所講師暨慈濟大學醫學科學研究所博士生 ²花蓮慈濟醫院外科加護病房專科護理師暨慈濟大學醫學科學研究所博士生 ³慈濟大學醫學科學研究所博士生 ⁴花蓮慈濟醫院血液透析室護理師暨慈濟大學醫學科學研究所博士生 ⁵慈濟大學醫學科學研究所教授

摘要：原住民女性由於性別與族群因素，受到文化與現代社會快速變遷的衝擊，其健康照護具有複雜的時代性與文化性意義。本文從性別的觀點出發，闡述台灣性別主流化與原住民女性健康之現況，從而提出台灣原住民女性健康當前的困境與問題，包括缺乏原住民女性的健康統計資料、缺乏部落醫療資源與原住民女性健康的性別分析，且缺乏原住民女性健康政策全面性的研究探討。爰此，提出建立具有族群與性別敏感度的健康政策參考方針，期望進行原住民族健康統計時，能同時處理族群與性別議題，普及原住民部落健康照護資源，並進行原住民的性別統計分析，從性別主流化的觀點全面探討原住民女性的健康議題，於擬訂與推動各項健康政策及法案時，進行性別影響評估檢視作業，將性別觀念整合至政策發展與執行過程，建立監督與管核機制。在制定健康政策計畫、執行及評估過程中，皆應有原住民女性參與，以落實原住民女性健康與性別主流化政策的制定與執行。

關鍵詞：原住民女性、健康照護、性別主流化。

前言

「性別主流化」(gender mainstreaming)是指對於性別的關注與經驗，在經過設計、執行、監督、評估與整合後，融入政治、經濟及社會的一種觀點，從性別的角度去思考與出發，以檢核既有的政策或制度是否為性別平等(彭、李，2011；黃，2014)。聯合國於1995年第四屆世界婦女會議宣布「性別主流

化」政策迄今，聯合國、WHO (World Health Organization)、APEC (Asia-Pacific Economic Cooperation) 及歐盟國家皆以各項政策實踐性別主流化(引自林，2010)，我國則於2005年將性別主流化納入政策。性別主流化的策略是以性別平等為核心，重新配置具有性別敏感度觀點的政策、立法、預算與資源，並落實於醫療、教育、福利、勞動、環保、警政、經濟與國防等政策內涵，以達到性別平等(行政院，2009)。聯合國於1979年通過「消除對婦女一切形式歧視公約」(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)，並在1981年正式生效，其內容闡明男女平等享有一切文化、社會、公民、經濟和政治權利，締約國應採取立法及一切適當措施，消除對婦女之歧視，確保男女在保健、教育、社會、就業、家庭、政治、法律、經濟等各方面享有平等權利(消除對婦女一切形式歧視公約施行法，2011)。我國為落實性別平等，於2012年立法施行「消除對婦女一切形式歧視公約施行法」，明定各級政府機關需消除性別歧視及促進性別平等，保障人民在各領域性別平等，其中亦包含健康權、文化與社會等各方面的平等權利。

聯合國於2008年通過「聯合國原住民族權利宣言」，呼籲世人應正視原住民族群各項健康權利，國家應審酌採取特別措施以確保原住民族健康(引自原住民族委員會，2014)。我國原住民族基本法第24條

接受轉載：105年3月23日 doi:10.6224/JN.63.3.12

*通訊作者地址：李茹萍 97004花蓮市中央路三段701號

電話：(03)8565301-2018

E-mail：fish@gms.tcu.edu.tw

引用格式 黃筱晶、施芊卉、王婕穎、侯佳弦、李茹萍(2016)·台灣原住民女性健康與性別主流化之省思·護理雜誌, 63(3), 12-17. [Huang, H. C., Shih, C. H., Wang, J. Y., Hou, J. S., & Lee, R. P. (2016). Reflection on the health and gender mainstreaming of indigenous women in Taiwan. *The Journal of Nursing*, 63(3), 12-17.] doi:10.6224/JN.63.3.12

揭橥：政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。依據內政部戶政司公佈之2014年12月現住原住民人數統計顯示，原住民族總人數為540,023人，女性276,771人，男性263,252人；其中平地原住民女性有128,796人，男性有124,920人；山地原住民女性有147,975人，男性有138,332人（原住民族委員會社會福利處，2015）。依據原住民族委員會2012年原住民族人口及健康年報顯示，原住民女性平均餘命為75.46歲，男性平均餘命為66.34歲，男女平均餘命差距9.12歲。而原住民女性所有死亡原因標準化死亡率以腦血管疾病、心臟疾病及惡性腫瘤居多。在全民健保使用狀況方面，2010年原住民族門診就診率為88.2%，女性高於男性約5個百分點，平均就醫次數，女性則較男性多了2.7次（原住民族委員會，2014），由此可知，性別與健康照護議題對於原住民族女性來說極為重要，而性別的建構是依循社會文化對於性別角色的規範與教養型塑而來，原住民女性由於性別與族群等因素，受到文化與現代社會快速變遷的衝擊強烈，而形成原住民族女性的健康照護內涵之複雜時代性與文化性意義。

台灣性別主流化與原住民女性健康之現況

醫療領域中的性別主流化實踐，是希望藉由性別主流化的過程，打破因為性別與權力連結之下所產生的不平等，不論男性或女性都能正視醫療環境、醫療行為或研究中，可能因為性別偏見或者性別盲點所造成的不公平，並且將男性與女性不同的背景與不同觀點，納入需求的界定並且提供不同的性別經驗，從而在醫療環境設計上、醫療政策設計上、醫療資源及預算分配上，都能建立對不同性別、不同性向友善的環境（林，2010）。性別盲（gender blindness）意指將事件中的性別意涵忽略，或對性別之考量應注意而未注意（林、龍，2009）。傳統上，醫學知識的建立、醫學教育以及對民眾的服務都是從男性的觀點來思考與執行，儘管女性佔世界人口的多數，但女性的健康和衛生保健卻會被視為一種特殊情況或少數人所遇到的問題（Bird & Sharman, 2014）。

原住民族委員會於2014年度推動性別主流化，成果報告中關於醫療保健部分提出執行說明，在補助

原住民就醫交通費上，受益人次女性為8,002人次，男性為7,151人次，合計1萬5,153人次。補助原住民健保費上，女性受益人次為29萬7,375人次，男性為30萬9,307人次，合計60萬6,682人次。依據2012年原住民族人口及健康統計年報調查報告，如將平均每次健保醫療費用依性別區分時，男性平均每次健保醫療費用較女性為高，男性平均每次醫療費用為1,550點，女性平均每次醫療費用則為1,279點。在死亡年齡上，原住民平均餘命為70.8歲，較全國人口平均餘命的79.5歲，少了8.7歲，原住民族死亡人數之前三大主要死因依序為惡性腫瘤（20.3%）、心臟疾病（10.8%）及慢性肝病及肝硬化（10.2%），在這三大死因的男女罹病比為1.4：1（原住民族委員會，2014）。綜合而言，由以上資料顯示，誠如吳（1999）所言，男性容易罹患致命的病，這使得男性的平均壽命降低，女性的疾病較綿延纏身，也許不會立即致命，卻深切影響女性每一天的生活品質，這使得女性平均壽命較長，健康品質卻較差。美國的社會學家Lois M. Verbrugge（1985）將這種情況稱為「罹病率的冰山」，浮出水面能見到的冰山頂是男性，較能被列入統計數據，而埋在冰山下的一大塊，則是女性的罹病問題。

依據台灣原住民族政策協會、Lima台灣原住民青年團與台灣國際醫學聯盟於2004年提出的「消除對婦女一切形式歧視公約第二次國家報告審議原住民族影子報告」，及聯合國「消除對婦女一切形式歧視公約」中華民國（台灣）初次國家報告，內容於多個段落承認原住民族女性與非原住民女性之間的健康不平等現象（health inequality），例如：原住民女性平均餘命遠低於非原住民，相關統計資料中又以山地鄉原住民女性的預期壽命最低（行政院，2009）。原住民孕婦之產前檢查利用率也不高，雖然政府提出要增設醫療設施與服務，但這僅小部份回應了健康權3A1Q（availability, accessibility, affordability, and quality）的要求，社會流行病學與健康不平等的研究指出，除醫療服務的提供外，有其他更顯著的社會決定因素影響個人之健康情勢（social determinants of health），包括教育、就業、勞動條件、社區環境等，政府在擬定健康政策時，應將這些因素納入考量，僅靠增設婦產科門診，並無法解決原住民婦女低度利用產檢之問題（台灣原住民族政策協會等，2014）。

在醫學的許多面向仍舊看不見重視性別的差異，且醫療使用者的健康結果也容易因醫師個人的價值觀

與治療方式而受到影響(Onishi & Yoshida, 2004)。誠如成(2010)所言，一個充滿性別盲的醫學教育，很可能會對醫學的使用者產生嚴重負面影響，但若在醫療領域中加入性別觀點，除了醫療場域間的平等有所提升外，病患的特殊性也可更受尊重，如此不僅能提升醫療效果，也可達到健康照顧之目的。

台灣原住民女性健康之困境與問題

雖然政府持續推動性別主流化與性別平權，然而政策的制定，若忽視原住民女性弱勢地位是因為族群、性別、文化因素與城鄉醫療資源條件的不均衡，將使得性別主流化對原住民女性而言，僅是流於形式的紙上談兵，突顯原住民女性健康政策上的多重弱勢。爰此，以下提出台灣原住民女性健康當前的三大困境與問題。

一、原住民女性健康統計資料與部落醫療資源的相對缺乏

性別統計是依據生理性別區隔的統計數據，適切的反應女性與男性在個別政策面向上的處境，以呈現不同性別者之處境、待遇及進步等實況，藉由詳實數字，提供各界作為理性分析與討論的事實基礎。在醫療資源的分配上，政府部門公布的統計資料，對於以原住民女性為變項之相關資料未臻完備，誠如「消除對婦女一切形式歧視公約第二次國家報告審議原住民族影子報告」(台灣原住民族政策協會等，2014)中提及，政府雖定期進行發布原住民族就業情況、人口及健康統計，但大部分資料分組分析方式未同時處理族裔與性別，不容易同時進行原住民女性與非原住民或全國女性、原住民女性與原住民男性間之比較。再者，當列入原住民女性就醫的交通便利性、醫療品質、原住民傳統文化對女性健康的影響，是否具備友善原住民女性就醫環境等社會文化因素的考量時，原住民女性健康及醫療資源與其他族群相較之下，則顯得相對貧瘠。

二、缺乏原住民女性健康的性別分析

「性別分析」即「以性別為基礎的分析」作為基本概念，思考社會價值中的「性別盲」的存在，是實施性別主流化的重要工具之一，可應用於政策或計畫階段，使所欲執行之業務、政策或計畫的結果，增加不同性別者在未來經濟成長與繁榮中平等之經濟機會

及參與，並且改變性別關係。因此，性別分析目的是披露性別關係(gender relations)和所要解決的問題之間的關連，其目的可分為呈現性別關係可能對問題解決方式造成衝擊的事實，以及精確地指出可能造成何種衝擊與替代的行動方針(莊，2009)。察覺社會上的性別差異和性別不平等現況是相當重要的，一個國家的政策結果要達到性別平等是相當困難的，因為一些不平等面向已深嵌入價值觀中，所以性別差異待遇和性別不平等很難被察覺。性別分析呈現出這些差異，即在這樣的社會網絡中，任何佯稱性別中立的性別介入，事實上反應出並可能加強了此失衡現象的存在。因而，需要不同的性別分析呈現這些差異，並引起人們注意以做出改變，才能使政策以具敏感性且能反應性別分析結果的方式制定。

三、原住民女性健康政策缺乏全面性探討

聯合國婦女委員會於1998年提出「性別主流化的婦女健康」策略，關注的焦點涵蓋了5個面向：(一)「生育與性健康」：包括經期健康、避孕、不孕防治／治療、性病、子宮、乳房相關保健等。(二)「環境與職業健康」：包括職場壓力、安全維護及女性歧視或性騷擾等。(三)「傳染性疾病」：包括肺病、愛滋病等，其感染與影響男女不同。(四)「心理衛生」：社會與家長／文化與制度對女性歧視、性暴力、精神疾病與藥物濫用、心理疾病等。(五)「健康促進」：營養與飲食(營養不良、厭食症等)，體適能(運動、休閒)，生活型態，健康行為等(引自行政院，2009)。然而，台灣原住民女性在社會現實、健康政策、學術論述上皆呈現多重弱勢，誠如王、盧、吳(2014)指出，目前大多數的研究以調查原住民的健康行為為主，探討其抽煙、喝酒、嚼檳榔作為健康風險的因子。然而，這樣的研究若未進一步理解這些行為的社會文化脈絡，就易流於「譴責受害者」的公衛論述。而原住民女性在勞動處境、社會汙名、環境品質與醫療措施等，仍十分欠缺研究與考察。因此，未來對於原住民女性健康政策進行性別主流化的探討與檢視是重要的課題。

建立具有族群與性別敏感度的健康政策

一、原住民女性健康之性別統計與醫療資源

行政院性別平等處於2015年3月正式上線啟用「重要性別統計資料庫」，依性別平等政策綱領7大領

域，整合行政院各機關 521 項重要性別統計，然而，影響性別族群健康背後的社會文化因素常是多元及複雜的。行政院自 2009 年 1 月 1 日起，為落實性別意識於所有的政策及施政作為中，提出「性別主流化六大工具」，要求所屬各部會凡報院審查之中長程個案計畫，應確實依規定辦理性別影響評估，且各中長程個案計畫書及法律修正案，均應按照性別主流化的六大工具填列「性別影響評估檢視表」，性別統計為其中之一，在健康、醫療與照顧部分約 70 項指標，包括：婦女墮胎發生率及發生次數、施行人工協助生殖者之施術人數、陪產率、母嬰親善醫院家數、婦女親善門診設置率、門診疾病就診率、健保門診／急診件數與申報費用、健保平均住院日數、健保住院／門診人數、子宮切除率、嬰兒與孕產婦死亡數及死亡率等（行政院，2009）。期望政府在定期進行原住民族人口及健康統計時，能同時處理族裔與性別，以提升查閱原住民性別相關統計資料之便利性與即時性，有利於各界瞭解原住民性別現狀及參考運用，普及原住民部落健康照護資源。

二、原住民女性健康與性別分析

原住民的健康觀念與傳統文化，不但各族均有其個別性及特殊性，甚至在同一族中，因為散居各地，難免會因為語言與風俗習慣的變遷造成差異，目前經政府認定的原住民族有：阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、卑南族、魯凱族、鄒族、賽夏族、雅美族、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族等 16 族。若以社會一般狀況來衡量及制訂需要，或將各族原住民等同視之，將難以擬定符合原住民各族實際需求的政策。因此，性別分析是整合原住民女性的主要活動和過程的重要方法，可參考性別主流化六大工具，其性別分析方法如下：了解並認知存在於原住民女性之間的多樣化，亦即存在於各經濟體或社區內經濟、社會、文化、環境、組織和政治結構之下，她們不同的健康需求；評估政策、計畫、專案可能對原民女性所產生的健康衝擊；透過按性別區隔之統計資料的蒐集與運用，包括質化與量化的方式，對原住民女性健康影響的情形及原因進行探討等。

三、原住民女性健康政策

許多專家學者皆提出，除了因性別之不平等而造成的健康問題以外，還有許多方面的性別議題需要

被特別考量（Verdonk & Klinge, 2012），例如：醫療服務、病人教育、醫療研究、醫療相關政策及計畫方案等。從性別主流化的觀點探討健康議題，可以使醫療專業人員跳脫以往對於性別的迷思與偏見，並以更宏觀的視野來反思當今醫療體系所面對到的性別問題（王、楊、黃，2010）。不論是醫療行為或研究中，可能因性別偏見或性別盲點所造成的不公平，都應該納入需求的界定，並提供公平之處理與相關性別經驗（Bryant, Leaver, & Dunn, 2009）。性別於健康照護方面的研究應當顧及不同性別者的特性，並且應於擬訂與推動各項健康政策及法律案時，進行性別影響評估檢視作業，將性別觀念整合至政策發展與執行過程，建立監督與管核機制，以逐步落實性別主流化之健康政策。另一方面，性別因族群與文化生活方面的差異也應當受到重視，以及因為社會角色與社會期待所帶來不同的健康問題。

結 論

台灣當前之原住民女性健康政策仍相當缺乏，隨著性別主流觀點日漸受到重視，針對不同性別與族群之需求，建構健康政策亦日趨重要。族群與性別主流化觀點，涉及到人類健康、疾病、醫護政策，未來應重新評估和檢視，在制定健康政策計畫、執行及評估過程中，皆應有女性參與，其中應包括原住民女性健康學者專家、部落與社區原住民女性，以落實原住民女性健康與性別主流化政策的制定與執行。

參考文獻

- 內政部戶政司(2014, 7月)·2014年縣市原住民人數按性別及族別·取自http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346 [Department of Household Registration, M.O.I. (2014, July). *Population of indigenous people by gender and tribal affiliation, 2014*. Retrieved from http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346]
- 王秀紅、楊詠梅、黃志中(2010)·醫療體系中性別學養的意涵·*醫療品質雜誌*, 4(5), 75-79。[Wang, H. H., Yang, Y. M., & Huang, C. C. (2010). Meanings of gender knowledge in medical system. *Journal of Healthcare Quality*, 4(5), 75-79.]

- 王秀雲、盧孳艷、吳嘉苓(2014)·性別與健康·陳瑤華主編,台灣婦女處境白皮書(241-274頁)·台北市:女書文化。[Wang, H. Y., Lu, Z. Y., & Wu, C. L. (2014). Gender and health. In Y. H. Chen (Ed.), *White paper of Taiwanese wives' conditions* (pp. 241-274). Taipei City, Taiwan, ROC: Fembooks.]
- 台灣原住民族政策協會、Lima台灣原住民青年團、台灣國際醫學聯盟(2014, 5月8日)·消除對婦女一切形式歧視公約第二次國家報告審議原住民民族影子報告·取自<http://www.cedaw.org.tw/tw/en-global/download/index/1> [Association for Taiwan Indigenous Peoples/Policy, Lima Taiwanese Indigenous Youth Group, and Taiwan International Medical Alliance. (2014, May 8). *Presentation and discussion on eliminating all forms of discrimination against women*. Retrieved from <http://www.cedaw.org.tw/tw/en-global/download/index/1>]
- 成令方(2010)·健康照護領域的性別主流化·於教育部訓委會與中教司、內政部主辦,台灣女性學學會年度研討會·屏東市:屏東教育大學五育樓國際會議廳。[Cheng, L. F. (2010). *Gender mainstreaming in health professions*. Presented at the annual conference of Taiwanese Feminist Scholars Association held by Ministry of Education, Department of Secondary Education, and Ministry of the Interior, Pingtung City, Taiwan, ROC.]
- 行政院(2009)·聯合國「消除對婦女一切形式歧視公約」中華民國(台灣)初次國家報告·台北市:作者。[The Executive Yuan. (2009). *First report of the R.O.C. (Taiwan) on the U.N. "Convention on the elimination of all forms of discrimination against women"*. Taipei City, Taiwan, ROC: Author.]
- 吳嘉苓(1999)·性別、醫學與權力·王雅各編著,性屬關係(上):性別與社會、建構(385-418頁)·台北市:心理。[Wu, C. L. (1999). Gender, medicine, and power. In Y. K. Wang (Ed.). *Gender relations (the first volume): Gender and society, construction* (pp. 385-418). Taipei City, Taiwan, ROC: Psychology Press.]
- 林靜儀(2010)·醫療領域的性別主流化·台灣醫界, 53(3), 39-41。[Lin, C. Y. (2010). Gender mainstreaming in the medical system. *Taiwan Medical Journal*, 53(3), 39-41.]
- 林鴻裕、龍佛衛(2009)·從性別主流化的角度看醫療性別平等·醫療品質雜誌, 3(3), 79-83。[Lin, H. Y., & Lung, F. W. (2009). Medical gender equality from the perspective of gender mainstreaming. *Journal of Healthcare Quality*, 3(3), 79-83.]
- 原住民族委員會(2014)·2014年度推動性別主流化成果報告·台北市:作者。[Council of Indigenous Peoples. (2014). *Report on the promotion of gender mainstreaming, 2014*. Taipei City, Taiwan, ROC: Author.]
- 原住民族委員會社會福利處(2015)·101年原住民族人口及健康統計年報·台北市:原住民族委員會。[Department of Social Welfare, Council of Indigenous Peoples. (2015). *Indigenous peoples population and health statistics report, 2012*. Taipei City, Taiwan, ROC: Council of Indigenous Peoples.]
- 原住民族基本法·總統華總一義字第10400073911號令修正公布(2015年, 6月24日)。[The Indigenous Peoples Basic Law, President order Hua Chung (1) Yi Tze No. 10400073911 amended. (2015, June 24)]
- 消除對婦女一切形式歧視公約施行法·總統華總一義字第10000117471號令公布(2011年, 6月8日)。[The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women Enforcement Act, President order Hua Chung (1) Yi Tze No. 10000117471 announced. (2011, June 8)]
- 莊淑姿(2009)·國際鄉村婦女健康政策比較研究—性別主流觀點之分析·農業推廣學報, 26, 39-56。[Chuang, S. T. (2009). The compare study of international rural women health policy—A gender mainstreaming analysis. *Review of Agricultural Extension Science*, 26, 39-56.]
- 彭滄雯、李秉叡(2011)·推動性別主流化之過程評估:架構建立與先導研究·公共行政學報, 38, 115-150。[Peng, Y. W., & Li, P. J. (2011). Evaluating the implementation process of gender mainstreaming in Taiwan: Framework building and a pilot study. *Journal of Public Administration*, 38, 115-150.]
- 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。[Huang, S. L. (2014). Model for the world! ? How gender msainstreaming has been implemented in Sweden. *Public Governance Quarterly*, 2(2), 69-82.]
- Bird, C. E., & Sharman, Z. (2014). Gender-based analysis is essential to improving women's health and health care.

Women's Health Issues, 24(2), e163–e164. doi:10.1016/j.whi.2013.11.008

- Bryant, T., Leaver, C., & Dunn, J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy*, 91(1), 24–32. doi:10.1016/j.healthpol.2008.11.002
- Onishi, H., & Yoshida, I. (2004). Rapid change in Japanese medical education. *Medical Teacher*, 26(5), 403–408. doi:

10.1080/01421590412331270492

- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(13), 156–182. doi:10.2307/2136750
- Verdonk, P., & Klinge, I. (2012). Mainstreaming sex and gender analysis in public health genomics. *Gender Medicine*, 9(6), 402–410. doi:10.1016/j.genm.2012.10.006

Reflection on the Health and Gender Mainstreaming of Indigenous Women in Taiwan

Hsiao-Ching Huang¹ • Cian-Huei Shih² • Jie-Ying Wang³ • Jia-Sian Hou⁴ • Ru-Ping Lee^{5*}

¹MS, Lecturer, Department and Graduate School of Child Care and Family Studies, Shu-Te University, and Doctoral Student, Institute of Medical Sciences, Tzu Chi University; ²MSN, RN, NP, Surgical Intensive Care Unit, Hualien Tzu Chi Hospital, and Doctoral Student, Institute of Medical Sciences, Tzu Chi University; ³BS, Doctoral Student, Institute of Medical Sciences, Tzu Chi University; ⁴BSN, RN, Hemodialysis Room, Hualien Tzu Chi Hospital, and Doctoral Student, Institute of Medical Sciences, Tzu Chi University; ⁵PhD, RN, Professor, Institute of Medical Sciences, Tzu Chi University.

ABSTRACT: Gender and race issues have caused rapid cultural and societal changes to affect the healthcare of indigenous women, which involves complicated, cultural meanings. The present paper begins by outlining the gender perspective and then elaborates on the present gender mainstreaming and status of indigenous women's healthcare in Taiwan. Furthermore, this paper identifies the current difficulties experienced by Taiwanese indigenous women, including those related to the lack of adequate healthcare data and gender analyses on indigenous women and the lack of regular research on healthcare strategies for indigenous women. Therefore, the present paper proposes to establish health policy references that are gender and race sensitive. The health policy not only addresses racial and gender concerns regarding healthcare information but also focuses on the analysis of indigenous healthcare information. Indigenous women's health concerns are discussed here within the framework of healthcare policy through the perspective of gender mainstreaming. Additionally, we will analyze and evaluate the effects of gender in order to establish inspection and management processes that integrate the concept of gender into policy development and implementation, thus promoting relevant health policies. During the processes of planning, implementing, and evaluating healthcare policies, women should unite to contribute toward indigenous women's health policies and gender mainstreaming.

Key Words: indigenous women, health care, gender mainstreaming.

Accepted for publication: March 23, 2016

*Address correspondence to: Ru-Ping Lee, No. 701, Zhongyang Rd. Sec. 3, Hualien City 97004, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (3) 856-5301 ext. 2018; E-mail: fish@gms.tcu.edu.tw