

跨性別的生育權

Anne A. Lawrence, M.D. 著

林毓凱翻譯，何春蕤校訂

【註：跨性別人士的生育權一直沒有得到醫療專業人士的重視，但是這個議題並沒有因此而被遺忘，相反的，具有跨性別意識的專業人士也和跨性別運動人士一樣，積極為改善跨性別的人權而努力。這篇演講稿就是 1997 年一位跨性別支持者在相關研討會中的慷慨陳詞，一時雖然沒有成功，但是 2001 年終於獲得通過，也形成了今日醫療界的標準操作模式。歷史的足跡，值得我們學習。】

〔本文摘自 1997 年 6 月 21 日第二屆國際性／別研討會中發表之演講，作者在演講中特別提到她從跨性別同事 Dr. Joy Diane Shaffer 的談話中獲益匪淺，並將此篇論文獻給 Shaffer 博士，聊表謝忱。〕

為人父母的期待

當我 25 歲的時候，我壓根兒沒想過要小孩，我甚至認為我一輩子都不會想要小孩，然而 36 歲的時候我卻突然非常渴望為人父母，想像和自己所愛的人共同創造一個孩子，那是多麼完美的一件事！由於當時我還是以男兒身生活，因此很順利的生了兩個可愛的孩子，凱特與大衛，天底下我最愛的就是他們。

然而，要是我在 25 歲時做了變性手術，我就永遠不會有這個選擇了，因為荷爾蒙治療與生殖器移除手術會讓我失去生育功能。今天，這幾乎是所有沒有子女就轉變性別身分的跨性別人士的宿命。當然，我可以領養小孩，或者乾脆與一個「已經有」小孩的人結婚，我相信這些都不失為讓人滿意的好方法；但是我就是沒辦法像世界上其他父母一樣能夠在她們生命中的某一時刻選擇生育小孩、為人父母。在西方國家，這種慾望強烈到每年都有無數不孕夫婦花上數百萬美元以完成他們想做生理父母的夢想。我個人曾經照顧過數十對這種父母，我可以證明這種慾望的強度，而這樣的慾望也存在在許多尚無子女的跨性別人士心中。

從癌症病患得到靈感

「非」跨性別人士在進行可能使他們不育的醫療過程中是如何被對待的？這個議題在討論癌症治療時都會浮現，因為化學治療和放射治療可能使病人失去生育功

能。但是在這個過程中，醫療的基本模式並不是冷漠也不是沈默，事實上，大多數的醫療機構都知道，在進行可能使病患失去生育功能的治療之前，院方有義務為病人提供諮詢，幫助他們認識治療過程對生育能力的影響，以及可能保留生育能力的具體選擇。以下是最近一份期刊的一篇文章可供參考：

「如果任何即將進行治療的男病患…還希望未來能有後代，那麼其主治醫師就必須提供『冷凍精子儲存』作為未來的可行選擇之一。」(引自 Sanger 等人的《生育與不育》期刊第 58 期 1024 頁，1992 年)

另外一本最近出版的教科書上也說：

「對於那些將要採取可能失去生育能力的治療方式但是又很看重生育後代的病人，『精子卵子儲存』不僅是重要的考量，也應該被提出來和病人詳細討論。」(M. Abeloff 著，《臨床腫瘤學》，825 頁，紐約：Churchill Livingstone，1995 出版。)

這是現行的醫療標準要求，但是跨性人卻不包含在內。

我打賭在座的各位跨性別朋友沒幾個曾經接受過醫方提供諮詢，討論荷爾蒙治療對生育能力的影響，也沒人向你建議過儲存精子卵子或受精胚胎！這真是極大的遺憾！

為什麼我們受到的照顧不如癌症病患？我希望不是因為別人認為我們不配擁有小孩。我猜想那些醫療人員要不就是認為我們對生育小孩沒興趣，或者就是根本沒想過這個問題！

跨性女人 (transsexual woman) 儲存精子

如果跨性別女人在接受荷爾蒙程序之前有了精子銀行的選擇，她們會怎麼做呢？有限的資料顯示，她們會把握這個機會。

聖荷西市海岸醫療診所的 Dr. Joy Shaffer 從 1995 年就開始為病患提供儲藏精子的選擇。在那段時間裡，她連續為 9 位年輕的、尚無子女的男變女跨性別病人在荷爾蒙治療之前提供冷藏精子的服務；其中 7 位接受了這樣的服務，另外一位病人甚至為了要把精子冷藏，有三個月沒有進行荷爾蒙治療，還有一位在荷爾蒙治療前就自己跑去冷藏了精子。事實顯示，沒有小孩的跨性別女士如果有精子冷藏的機會（或者注意到這樣的選擇），她們都會及時把握機會。儲「精」的費用並不高，儲藏一次射精的份量一般只要 50 到 100 美元，之後一年也只需繳交 300 美元的儲存費。

跨性男人（transsexual man）的選擇

對於女變男的跨性別男士而言，他們的選擇比較少也比較貴，然而日新月異的科技卻迅速的提供了更多的選擇。例如荷爾蒙刺激的超高排卵法、卵子復甦術、使用捐贈者精子的試管授精、以及將授精的胚胎冷藏以便日後移至女伴或代理孕母的身體內。這些技術的費用很高，但是已經愈來愈常見。

另一種更便宜且好用的方法是卵巢組織切片的冷藏。組織的切片可以經由切片手術或者在變性者切除卵巢時取得，這種技術正迅速邁向普及化。其實早在 1986 年就已首開先例使用冷藏卵巢組織而受孕，我們現在已經發明了許多有效的保存技術，冷藏數個月後的卵巢切片組織在解凍後仍然可以製造成功發育比率很高的卵泡。英國里茲大學（University of Leeds）羅傑·高斯登（Roger Gosden）領導的研究小組已經成功地利用冷藏卵巢組織的自我移植（autotransplantation）使得切除卵巢的羊能夠恢復生殖功能。我相信對於那些在荷爾蒙治療之前已然經歷卵巢切除手術或者其他腹部手術的跨性別男士而言，提供他們「卵巢組織儲存」是件很合理的事，因為這種卵巢組織技術的頻繁使用已經近在眼前，而且卵巢組織的冷藏費用應該與精子冷藏費用相當。

醫療標準應當包含生育選擇？

如果跨性別人土要行使他們的生育選擇權，他們和醫師雙方都應該認識到這些可能選擇。我認為，要加強這方面的認識，最好的辦法就是在國際跨性別組織 **Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association** 的醫療標準裡面增設有關生育事項的說明。在座許多人可能知道，醫療標準將在今年首度進行修正，這是 7 年來的第一回，這應該是提出「跨性人生育權」的一個絕佳時機。

很不幸，要達成這個目標並不容易。主持「醫療標準修正小組」的史提芬·雷溫博士（Dr. Stephen Levine）目前正在準備遞交國際跨性別組織醫療標準的最後修正草稿，供組織成員審核決定。另外有 7 位非組織成員得以進行審閱和評論的工作，而我是其中之一。雖然我無權告訴各位這份草稿的內容，但是我可以告訴各位，草稿內完全沒有提到跨性別生育權的問題！我向雷溫博士建議至少要有一段內容是涉及生育權的問題，包括以下的聲明：

「無論是建議荷爾蒙治療的心理專業人士，或是診斷病人需要荷爾蒙治療的醫生，都應該在開始荷爾蒙治療之前和病人詳細討論其生育問題的其他出路。」

雖然我認為這樣的論點無可厚非，立義明確，但是雷溫博士卻告訴我，草案中將

不會包含跨性別生育權。

停止雙重標準

除非國際跨性別組織成員接受且增設這樣的言論，否則雙重標準就會繼續存在，照顧跨性別者的醫療人員也會繼續忽略和病人討論荷爾蒙治療對生育功能的影響，以及可能的其他出路。國際跨性別組織的成員有力量去改變這個現實——只要他們把修正小組所拒絕的言論放進醫療標準中。如果你們認為應該終止上述的雙重標準，那麼，要行動，就趁現在！讓我們從這場演講出發，一起促進醫療標準的改革，為「跨性別的生育權」發聲。

（註：1998 年的國際醫療標準並沒有將『跨性別的生育權』編入內容。勞倫斯博士早在 1997 年提出的言論終於在 2001 年編入了當年第 6 版的醫療標準內。）

©國際邊緣 <http://intermargins.net>