

家庭接納對成年期同性戀及雙性戀者 身心健康之影響

楊喬羽 沈瓊桃*

目標：本研究旨在探討家庭接納對同性戀及雙性戀者生理及心理健康之影響。**方法：**透過問卷調查法蒐集620份有效樣本，包括300份同性戀樣本、125份雙性戀樣本及195份異性戀樣本資料。本研究以多變項變異數分析檢驗研究對象自評的生理健康、心理困擾及自殺意念是否因性傾向而存在差異，並以廣義線性模型分析家庭接納對個體生理健康、心理困擾及自殺意念的影響是否因性傾向而有不同。**結果：**統計分析結果顯示同性戀及雙性戀者之心理困擾及自殺意念均顯著高於異性戀者。不論性傾向為何，家庭接納和身心健康以及自殺意念皆有顯著的相關。此外，家人的接納對同性戀及雙性戀者心理困擾的影響程度顯著高於家庭接納對異性戀者心理困擾的影響。**結論：**相關機構應針對同性戀及雙性戀者之心理健康需求提供服務，並致力於促進家人對同性戀及雙性戀者之接納，以提升同性戀及雙性戀者之心理健康。（台灣衛誌 2018；37(4)：453-463）

關鍵詞：家庭接納、同性戀、雙性戀、健康

前 言

「成年期」是個體發展最為巔峰的時期，生理上，個體的健康狀況處於最佳狀態；心理上，個體的人格特質趨於穩定，是發展親密及孤立感受，並學習經營長期關係的關鍵時期[1,2]。然而，異性戀的主流文化使性傾向少數者形同性別上的弱勢族群（gender minority），其發展親密關係時，同時受到法律、社會、家庭與個人等多面向因素的交互影響[3]，必須不斷評估外在環境能否接納己身的性傾向，公開性傾向可能須面對恐同、汙名、暴力及歧視，隱藏性傾

向則必須壓抑自己的情感與想法，不論採取何種做法，都可能對身體及心理帶來傷害[4]。

友善台灣聯盟[5]曾做過一份「台灣同志壓力處境問卷調查」，蒐集近3,000份問卷，發現有29%的同性戀受訪者曾因社會的異樣眼光而有自殺念頭，有58%的同性戀受訪者曾經遭受他人的語言暴力、人際排擠、肢體暴力及性暴力等傷害，此外，有79%的同性戀受訪者擔心家人無法接受自己的性傾向。2017年1月，我國政府邀請不同國家的獨立專家針對我國落實國際人權公約之國家報告進行審查，發現我國女同性戀、男同性戀、雙性戀、跨性別及雙性人（lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex）等性傾向及性別少數者時常面對一般大眾及校園內的排擠、邊緣化、歧視、騷擾及侵犯，造成高自殺率及身、心理健康問題[6]，顯見我國同性戀者所承受的身心健康及安全威脅，以及社會接納對於其健康的影響力。鑑於國內

國立台灣大學社會科學院社會工作學系

*通訊作者：沈瓊桃

地址：台北市大安區羅斯福路四段1號

E-mail: acshen@ntu.edu.tw

投稿日期：2017年10月16日

接受日期：2018年8月8日

DOI:10.6288/TJPH.201808_37(4).106115



少有聚焦同性戀及雙性戀者健康以及家庭接納對於其健康的影響之研究，本研究以成年期同性戀及雙性戀為研究對象，探討家人之接納程度對其身心健康之影響。

一、成年期同性戀及雙性戀之健康特徵與影響因素

國外有關同性戀及雙性戀健康之研究指出，不論男性或女性同性戀及雙性戀者，皆因社會歧視或遭受暴力傷害的處境所帶來的壓力，而常有菸、毒、酒精濫用的問題或憂鬱、恐慌症及創傷後壓力症候群等心理或情緒困擾[4,7-9]。Kol及Ross[10]的研究發現雙性戀及同性戀女性在青少年時期比異性戀女性經歷更多的情緒壓力；與異性戀女性相比，沒有出櫃的女同性戀和雙性戀者有較高的可能性嘗試自殺；此外，女同性戀者比異性戀或雙性戀女性更常因憂鬱症而尋求心理治療。Cochran及Mays[11]亦發現相較於只和異性發生性關係的男性以及未曾有過性關係的男性，僅和同性發生性關係的男性有較高的自殺機率。

生理健康部分，國外研究發現，與同性發生性行為的男性，相較於未與同性發生性行為的男性，有較高的機率患愛滋病、性傳染病、肛門癌、肝炎或同性戀大腸症候群等疾病；女同性戀者較非同性戀女性易有心臟疾病、肥胖或菸癮問題。此外，女同性戀及女雙性戀者較異性戀女性有較高的乳癌及子宮頸癌罹患率[12]。

近年來關於成年期同性戀及雙性戀者的健康之研究呈現去病理化的趨勢，指出同性戀及雙性戀者之健康並非由「性傾向」造成，而以生活形態及社會脈絡的觀點詮釋此群體的健康特徵。美國同志醫學協會（Gay and Lesbian Medical Association, GLMA）即指出：基因、環境及生活習慣皆為影響同性戀及雙性戀健康之因素，其中，基因屬於內在因素，環境則屬於外在的因素，且環境對於個體的心理發展具有決定性的影響[13]。對同性戀及雙性戀者而言，社會壓力經常迫使其必須壓抑自身的生理慾望及情慾表達

[14]，因此，社會支持實為影響同性戀及雙性戀者健康之關鍵正向因素；擁有較多社會支持者比孤立無援者更不容易受到傷害，良好的社會網絡亦可減輕壓力對其健康所造成的負面效果[4,13]。是故，理解同性戀及雙性戀者健康特徵時應注意背後的成因，並避免將特定的健康特徵歸諸於同性戀及雙性戀者自身。

二、家庭接納對成年期同性戀及雙性戀之健康的影響

「接納」是社會支持的一部份，而人際網絡中特定、親密的對象的接納，對個體常有特別重大的影響力[15]。對於經常處在社會邊緣的同性戀及雙性戀者而言，家人的接納能夠陪伴其抵擋因社會的汙名與歧視、同性戀恐懼症及異性戀歧視信念（heterosexism）所帶來的壓力，家庭接納一方面有益個體的自尊、社會支持及整體健康狀況，另一方面可減輕壓力所帶來的負面影響，包括：憂鬱、物質濫用及自殺意圖等[16]。擁有高度家人接納的同性戀及雙性戀者，較少有「內化的同性戀恐懼症」（internal homophobia），進而能維持良好的生活型態及心理狀態，對於健康有正向的影響[17]。

然而，許多同性戀及雙性戀群體常因性傾向與家人產生衝突或受到排斥，而無法仰賴家庭所提供的「安全網」[18]，父母或照顧者因為個體的性傾向而出現的敵意、處罰或具創傷性的反應，可能使個體面臨相當孤立的處境，使其在遇到感情困境或生活危機時，因承受過大的壓力而從事危害身體的行為，同時對生理及心理健康造成負面的影響[4]。此外，家人的同性戀恐懼症使個體將汙名內化、對自我產生厭惡感、變得較脆弱、自尊受到影響，並限制了其健康生活的可能性，進而透過酒精、藥物濫用、暴飲暴食、危險性行為或工作來紓解恐同的社會帶給他們的痛苦感受[13]。若家人對個體性傾向的負面態度發生於個體青少年時期，同樣會對青少年的心理健康造成負面影響，如：

增加青少年罹患憂鬱症、濫用藥物、自殺及從事危險性行為的機率等[19,20]，而青少年時期的家庭關係對同性戀及雙性戀者的健康所造成的影響將延續至成年期[19]。

綜合文獻探討內容，同性戀及雙性戀者因為性傾向所承受的壓力處境會影響其身體及心理健康，而家人的接納則是同性戀及雙性戀者的社會支持中重要的一環，對其身心健康狀況有顯著的正向影響。然而，有關家庭接納對個體健康的影響的研究結果均來自國外文獻，無法代表國內性傾向少數者的狀況。國內關於性傾向少數者之研究多聚焦在此群體所遭受的社會汙名以及性傾向認同和出櫃歷程，部分來自醫療領域的研究則以性別友善醫療服務為主題[21-23]，尚未有研究檢視性傾向少數者之身心健康和異性戀者有何異同。國內另有少數研究探討性傾向少數者與原生家庭的關係[24,25]，但尚未有研究探討家庭接納對其身心健康的影響。為彌補此研究缺口（research gap），本文根據上述國外研究發現，提出下列二個研究假設：

- (一) 成年期同性戀及雙性戀者之健康特徵不同於異性戀者。
- (二) 家庭接納對於成年期同性戀及雙性戀者之健康有顯著影響。

材料與方法

一、研究設計

本研究採用量化研究途徑，透過自填問卷蒐集同性戀者、雙性戀者和異性戀者的樣本資料，個人背景變項包括年齡、性別、性傾向、教育程度、職業及平均月收入，自變項為家庭接納，依變項為生理健康、心理困擾及自殺意念。

二、研究對象

本研究對象為18歲以上之同性戀及雙性戀者，惟為檢視此群體之健康特徵和異性戀者有何異同，亦蒐集異性戀樣本的問卷資料。對於性別及性傾向之界定，由受試者根據填寫問卷當下自我認同之性別及性傾向而定。本研究共蒐集686份問卷，其中包含同

性戀者300份、雙性戀者125份、異性戀者195份，另有65位沒有回答性傾向的問題，以及有一位圈選「其他」的選項。本研究僅分析620份有圈選性傾向為同性戀、雙性戀或是異性戀之樣本資料，排除沒有回答以及圈選性傾向為「其他」者。

三、資料蒐集方式

本研究採用便利抽樣，於社團法人台灣同志諮詢熱線協會、社團法人台灣基地協會以及附近之商圈蒐集紙本問卷資料。由於蒐集到的紙本問卷數有限，為增加樣本數，本研究另於「PTT電子布告欄系統」上之「男同志板」及「女同志板」發放網路問卷。無論紙本或網路問卷，開頭均包含「知情同意書」，告知本研究目的及內容，以及研究將以匿名的形式蒐集及運用資料，研究者亦遵守保密原則等，確保研究對象是出於個人意願同意填寫問卷，並請填答者根據問題圈選最適合的選項。先前的研究顯示，網路問卷調查的策略適用於同性戀群體[26,27]。

四、研究工具

問卷分為個人基本資料（包括年齡、性別、性傾向、教育程度、職業及月收入）、家庭接納（包括父親接納、母親接納及家人接納）與健康（包括生理健康、心理困擾及自殺意念）三部分。

為了使研究問卷更符合研究對象之特殊性，本研究修訂既有量表，並自行設計部份問項而成，為了確保問卷之信、效度，除了於蒐集正式資料之前交由專家審核外，並至多元性別社會服務機構「社團法人台灣基地協會」及附近的「一中街商圈」發放預試問卷共46份，並根據預試問卷分析結果修正部份問卷與量表內容。茲說明各變項的定義及測量方式如下：

(一) 個人基本資料：

年齡由填答者填寫西元出生年，再於分析時換算為實際年齡。性別包括「男性」、「女性」、「跨性別」、「雙性」及「其它」等屬性；性傾向包括「同性戀」、「異

性戀」、「雙性戀」及「其它」等四種屬性。

教育程度包括「國中以下」、「高中/職」、「大學/大專院校」及「研究所或以上」等四個選項；職業分為「勞工/服務業」、「商」、「軍公教」、「自由業」、「家管」、「學生」、「無」及「其他」等八種屬性；月收入以過去一年平均月收入衡量，包括「沒有收入」、「未滿一萬元」、「一萬元至未滿三萬元」、「三萬元至未滿五萬元」、「五萬元至未滿七萬元」及「七萬元以上」等六個選項，供填答者依實際情況選填。

(二) 家庭接納：

本研究之家庭接納量表改編自Brock等學者[15]編製之自覺接納量表 (Perceived Acceptance Scale, PAS)，原始量表包括「母親接納」、「父親接納」、「家人接納」及「朋友接納」等四個構面，各構面之內部一致性係數Cronbach's α 分別為.80、.94、.93及.92，完整量表之內部一致性係數Cronbach's α 為.96；各題目以李克特五點量表作答，1代表「非常不同意」、2代表「不同意」、3代表「沒意見」、4代表「同意」、5代表「非常同意」，分數越高代表受訪者感受到家庭接納的程度越高。

本研究將其中「朋友接納」構面的問項刪除，保留「母親接納」、「父親接納」及「家人接納」構面之題項，並將「家人接納」中關於父母親 (parents) 之問題皆拆成「母親接納」及「父親接納」兩對稱題。為了使量表更符合同性戀及雙性戀的特殊性，新增「我的父親認同我的性傾向」、「我的母親認同我的性傾向」、「我的父親接受我的性傾向」、「我的母親接受我的性傾向」、「我(曾)擔心父親不喜歡我(未來)的伴侶」及「我(曾)擔心母親不喜歡我(未來)的伴侶」等6題，形成一共43題之家庭接納量表。以該量表測量本研究樣本，「父親接納」構面題項所得之Cronbach's α 為.876，「母親構面」為.889，「家人接納」構面

為.897，總量表之Cronbach's α 為.947，內部一致性信度高。本研究分析之家庭接納自變項係採用總量表分數。

(三) 健康：

1. 生理健康：

此題項為研究者自行設計，以單題詢問受訪者認為自己目前的健康狀況，以了解其對於自身生理健康狀況之主觀看法，選項為李克特五點量表，1代表「很不好」、2代表「不好」、3代表「普通」、4代表「好」、5代表「很好」，分數越高代表生理健康狀況越好。

2. 心理困擾：

採用李明濱教授發展之簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5) [28]，詢問受訪者於最近一週感到困擾或苦惱的程度，各敘述分別測量焦慮、憤怒、憂鬱、自卑與失眠等五個構面，填答者依據實際狀況以李克特五點量表作答，0代表「完全沒有」、1代表「輕微」、2代表「中等程度」、3代表「嚴重」、4代表「非常嚴重」，分數越高代表心理困擾越嚴重，一至五題總計分數為0至5分者，代表身心適應狀況良好；6至9分者，代表有輕度情緒困擾；10至14分者，代表具中度情緒困擾；15分以上者，則具重度情緒困擾。原量表之Cronbach's α 為0.77至0.90之間，測量本研究樣本所得之Cronbach's α 為.887，內部一致性信度高。

3. 自殺意念：

為測量受訪者之自殺意念，本研究者自行設計量表，以「我會計劃如何自殺」、「我認為生命毫無價值」、「我的生活毫無意義」及「我寧願我死了」等四題詢問受訪者關於生命的想法，並以李克特五點量表計算，1代表「未曾」、2代表「很少」、3代表「偶爾」、4代表「經常」、5代表「總是」，分數越高表示對於生命的想法越負面，自殺意念越高。以該量表測量本研究樣本之Cronbach's α 為.912，內部一致性信度高。

五、資料分析方法

本研究以SPSS統計軟體進行資料分析。以描述性統計的次數與百分比呈現樣本特性。另以推論性統計的多變量變異數分析(multivariate analysis of variance, MANOVA)檢視不同性傾向樣本於生理健康、心理困擾及自殺意念量表分數之差異。接著，以相關分析(correlation analysis)檢視家庭接納與個體生理健康、心理困擾及自殺意念之相關性。最後，運用廣義線性模型(generalized linear model)分析家庭接納對個體生理健康、心理困擾及自殺意念之影響在不同性傾向樣本之間是否存在顯著差異。

結 果

一、個人背景變項

本研究樣本年齡集中在20-30歲(72.3%)，職業以「勞工/服務業」及「學生」兩類最多(分別佔32.3%及38.9%)，教育程度則以大學/大專院校者最多(71.6%)，月收入集中在一萬元至五萬元(52.3)；另檢驗同性戀、雙性戀及異性戀樣本之樣本特性，發現不同性傾向樣本之年齡(卡方值=12.175; $p=.274$)、職業(卡方值=16.570; $p=.280$)、教育程度(卡方值=.807; $p=.938$)、平均月收入(卡方值=10.728; $p=.379$)等變項均無顯著差異，樣本特性詳如表一。

表一 樣本基本資料表(N=620)

變項	屬性	所有樣本	同性戀	雙性戀	異性戀	卡方檢定
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
年齡	低於20歲	37 (6.0)	18 (6.0)	10 (8.0)	9 (4.6)	卡方值=12.175; $p=.274$
	20至25歲	293 (47.3)	131 (43.7)	65 (52.0)	97 (49.7)	
	26至30歲	155 (25.0)	73 (24.3)	31 (24.8)	51 (26.2)	
	31至35歲	80 (12.9)	47 (15.7)	13 (10.4)	20 (10.3)	
	36至40歲	38 (6.1)	23 (7.7)	5 (4.0)	10 (5.1)	
	40歲以上	17 (2.7)	8 (2.7)	1 (0.8)	8 (4.1)	
	總計	620(100.0)	300(100.0)	125(100.0)	195(100.0)	
職業	勞工/服務業	200 (32.3)	95 (31.8)	40 (32.0)	65 (33.3)	卡方值=16.570; $p=.280$
	商	58 (9.4)	27 (9.0)	7 (5.6)	24 (12.3)	
	軍公教	50 (8.1)	25 (8.4)	8 (6.4)	17 (8.7)	
	自由業	32 (5.2)	20 (6.7)	7 (5.6)	5 (2.6)	
	家管	5 (0.8)	3 (1.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	
	學生	241 (38.9)	112 (37.5)	56 (44.8)	73 (37.4)	
	無	21 (3.4)	9 (3.0)	7 (5.6)	5 (2.6)	
	其他	12 (1.9)	8 (2.7)	0 (0.0)	4 (2.1)	
總計	619(100.0)	299(100.0)	125(100.0)	195(100.0)		
月收入	沒有收入	103 (16.6)	49 (16.3)	24 (19.2)	30 (15.4)	卡方值=10.728; $p=.379$
	未滿一萬元	113 (18.2)	46 (15.3)	31 (24.8)	36 (18.5)	
	一萬元至未滿三萬元	158 (25.5)	85 (28.3)	28 (22.4)	45 (23.1)	
	三萬元至未滿五萬元	166 (26.8)	76 (25.3)	30 (24.0)	60 (30.8)	
	五萬元至未滿七萬元	56 (9.0)	31 (10.3)	9 (7.2)	16 (8.2)	
	七萬元以上	24 (3.9)	13 (4.3)	3 (2.4)	8 (4.1)	
	總計	620(100.0)	300(100.0)	125(100.0)	195(100.0)	
教育程度	高中/職	43 (6.9)	23 (7.7)	8 (6.4)	12 (6.2)	卡方值=.807; $p=.938$
	大學/大專院校	444 (71.6)	216 (72.0)	89 (71.2)	139 (71.3)	
	研究所或以上	133 (21.5)	61 (20.3)	28 (22.4)	44 (22.6)	
	總計	620(100.0)	300(100.0)	125(100.0)	195(100.0)	

二、不同性傾向者之身心健康差異

本研究以多變量變異數分析(MANOVA)檢視樣本的身心健康(包括生理健康、心理困擾及自殺意念)於不同性傾向者之間是否有差異(表二)。整體效果考驗顯示,不同性傾向者之整體身心健康有顯著差異(Wilks' Lambda = 7.78; $p=.000$)。F檢定顯示不同性傾向者的心理困擾($F=21.5$; $p=.000$)和自殺意念($F=9.83$; $p=.000$)達顯著差異;生理健康則未達顯著差異($F=2.64$; $p=.072$)。事後檢定結果顯示,同性戀者及雙性戀者不論是心理困擾量表得分或自殺意念量表得分均顯著高於異性戀者,顯示同性戀者及雙性戀者的心理困擾狀況較異性戀者嚴重,也有較高的自殺意念。

本研究進一步計算不同性傾向樣本的心理困擾量表總分,並區分為身心適應狀況良好、有輕度情緒困擾、中度情緒困擾及重度情緒困擾等四類,結果顯示53.1%的同性戀

或雙性戀有中度或重度情緒困擾,異性戀則僅有30.6%;此差異於統計上亦達顯著(卡方值=33.213; $p=.000$),可見同性戀及異性戀者之心理困擾顯著高於異性戀者。

三、家庭接納與身心健康之相關性

本研究以相關分析(correlation analysis)檢視自變項及依變項於不同性傾向樣本之相關性。分析結果顯示(表三),父母以及家人的接納與不同性傾向者的生理健康均有顯著之正相關,不論同性戀、異性戀或雙性戀者,家庭接納度越高者,其生理健康狀況越佳;父母以及家人的接納對不同性傾向者心理困擾及自殺意念則多有顯著之負相關,不論同性戀、異性戀或雙性戀者,家庭接納度越高者,其心理困擾及自殺意念越低。在所有變變項的相關分析中,只有異性戀者的父親接納度與其自殺意念沒有達到統計上的顯著關係。

表二 生理健康、心理困擾及自殺意念於不同性傾向者間差異之多變量變異數分析(MANOVA; $N = 611$)

	同性戀		雙性戀		異性戀		Wilks' Lambda	F值/ p值	Scheffe法 事後檢定
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差			
生理健康	3.59	0.93	3.50	0.95	3.73	0.86	$F = 2.64$ $p = .072$		
心理困擾	1.82	1.06	2.06	1.00	1.34	0.99	7.78***	同性戀>異性戀*** 雙性戀>異性戀***	
自殺意念	1.96	1.12	1.94	1.00	1.56	0.89	$F = 9.83$ $p = .000$	同性戀>異性戀*** 雙性戀>異性戀**	

註:生理健康、心理困擾及自殺意念之單變量F檢定的顯著水準為 $.05/3 = .017$ 。** $p < .005$, *** $p < .001$

表三 不同性傾向者家庭接納與生理健康、心理困擾及自殺意念之相關分析

性傾向	自變項	生理健康	心理困擾	自殺意念
同性戀	父親接納	.14*	-.25***	-.21**
	母親接納	.11*	-.23***	-.20**
	家人接納	.15*	-.32***	-.33***
雙性戀	父親接納	.18*	-.19*	-.24*
	母親接納	.18*	-.33***	-.26**
	家人接納	.24**	-.25**	-.28**
異性戀	父親接納	.26***	-.19*	-.08
	母親接納	.22**	-.25***	-.26***
	家人接納	.25***	-.23**	-.22**

註: * $p < .05$, ** $p < .005$, *** $p < .001$; 單尾檢定。

四、家庭接納對生理健康、心理困擾及自殺意念的影響於不同性傾向者間之差異

本研究以廣義線性模型 (generalized linear model) 檢視家庭接納對身心健康之影響是否因性傾向不同而有所差異，並分別以生理健康、心理困擾、自殺意念為依變項進行分析。統計分析結果如表四所顯示，家庭接納對於個體生理健康及自殺意念的影響，並不因個體的性傾向不同而有顯著差異，但家庭接納對個體心理困擾的影響，則會因性傾向不同而有顯著差異。當家庭接納程度相同時，同性戀者和雙性戀者的心理困擾皆顯著地大於異性戀者 (同性戀者：OR = 1.27; 95% CI: 1.02-1.57; 雙性戀者：OR = 1.66; 95% CI: 1.27-2.16)。換言之，若要維持相同的心理健康狀況，同性戀者及雙性戀者比異性戀者需要更高程度的家庭接納。

討 論

一、同性戀及雙性戀者之健康特徵

本研究發現同性戀及雙性戀者有中度或重度情緒困擾之比例顯著高於異性戀者，自殺意念亦顯著較異性戀者高，此結果呼應先前文獻提到性傾向少數者於發展自我認同及適應主流異性戀社會的過程，可能因為內在的自我懷疑或外界的歧視、污名或不接納，而產生心理健康問題[4,7-9]，且比異性戀者有較高之自殺風險[10,11]，即便是被認為較

能被隱藏身份的雙性戀者之心理健康狀況亦比異性戀者差，此突顯了以異性戀為主流文化的社會對於其他性傾向者帶來的壓力，值得重視。

相較於心理健康，個體之自評生理健康並不因性傾向而有顯著差異，此結果支持文獻所述健康問題並非由性傾向造成[13]；並顯示關於同性戀或雙性戀者生理健康狀況之早期論述提及性傳染病、肥胖、健康習慣不佳、菸酒癮甚至癌症等特徵，恐過於簡單地將這些健康問題歸咎於性傾向，可能會造成社會對性傾向少數者的污名與歧視。

二、家庭接納對同性戀及雙性戀者健康之影響

本研究發現，不論性傾向為何，家庭接納和個體的身心健康以及自殺意念皆有顯著的相關，家庭接納度越高者，其生理健康狀況越佳、心理困擾及自殺意念皆越低；反之，家庭接納度越低者，其生理健康狀況會越差、心理困擾及自殺意念也會越高。此結果呼應國外文獻提到家庭接納對個體生理健康的正面影響[16,17]，當個體被家人接納時，便有較高的自尊及能力感來面對社會壓力對健康帶來的負面影響，並且維持良好的生活型態，更積極地照顧自己的健康，故擁有較佳的生理健康狀況。

至於家人的接納對於不同性傾向者之身心健康狀況的影響是否同樣重要呢？本研究分析結果顯示，家庭接納對於不同性傾向

表四 家庭接納對生理健康、心理困擾及自殺意念的影響於不同性傾向者間差異之廣義線性模型分析 (generalized linear model; N=620)

自變項	依變項	參數	B值	Std. Error	p值	Exp(B)	95% 信賴區間 (CI)	
家庭接納	生理健康	同性戀	.03	.09	.773	1.03	.85	1.24
		雙性戀	-.05	.12	.647	.95	.75	1.19
		異性戀	0 ^a			1.00		
	心理困擾	同性戀	.24	.11	.032	1.27	1.02	1.57
		雙性戀	.51	.14	.000	1.66	1.27	2.16
		異性戀	0 ^a			1.00		
	自殺意念	同性戀	.21	.11	.055	1.23	.996	1.53
		雙性戀	.19	.14	.168	1.21	.92	1.57
		異性戀	0 ^a			1.00		

註：^a = 對照組。

者的生理健康及自殺意念的影響並無顯著不同，換言之，對同性戀、雙性戀及異性戀者而言，家庭接納對生理健康或自殺意念的影響都同樣重要。然而，家庭接納對於同性戀及雙性戀者之心理健康的重要性，顯著高於家庭接納對異性戀者心理健康的影響，此結果顯示家人做為個體社會網絡中的一環，其接納態度確實對同性戀及雙性戀者的心理健康有非常顯著的影響力[15]，更呼應 Drescher 及 Hellman 針對需要心理健康照顧的性傾向少數者的研究提到「家庭」作為一個安全網其特殊之重要性[18]，同性戀及雙性戀者因性傾向弱勢而產生的壓力處境，使得他們比異性戀個體更需要家人的支持與接納來面對社會的排斥及歧視，父母親及家人的了解、接納、肯定、關心與認同，能在同性戀或雙性戀者面對感情困境、生活危機或不被社會認同之壓力時，減少其因為孤立無援而產生的負面感受，甚至能使同性戀或雙性戀者擁有較穩定的情緒及較高的自尊，陪伴其抵擋社會的污名與壓迫，進而提升其心理健康，並肯定生活的意義及生命的價值，較少產生自殺的念頭[4,16,17]。相反地，不被家人接納或家人恐同的態度可能使同性戀及雙性戀者將污名內化而對自我產生厭惡感，因而以危害健康的行為來紓解這些痛苦的感受[13]；父母或照顧者因為個體的性傾向而展現敵意或具創傷性的反應，會對其心理健康造成負面影響[19]。總言之，社會汙名帶來的壓力處境，使得同性戀及雙性戀者比異性戀者更加仰賴家人的接納來維持良好的心理健康。

三、結論與建議

本研究為國內第一份研究同性戀及雙性戀者家庭接納與身心健康之量化研究，透過與異性戀樣本比較，發現同性戀及雙性戀者的心理困擾程度較異性戀者嚴重，自殺意念亦較異性戀者高，且父母及家人的接納態度對同性戀及雙性戀者心理困擾的影響比異性戀者來得重大，同性戀及雙性戀者比異性戀者更加需要家人的接納與支持來維持良好的心理健康。本研究結果除了突顯同性戀及雙

性戀者心理健康問題的嚴重性以外，更點出家庭接納為改善同性戀及雙性戀者心理健康狀況的關鍵，為實務工作提供一具體方向，此為本研究的獨特貢獻。

現今有關性傾向少數群體的醫療、社福機構及實務工作者雖致力於提供諮商、社區工作、建立社群、宣導或倡議等服務，然而，這些行動大多聚焦於改善性傾向少數者之弱勢處境及公民權益，較少深入探究同性戀及雙性戀個體對健康或家庭關係之特殊需求，本研究根據上述研究結果，建議相關機構及實務工作者關注同性戀及雙性戀者之心理健康需求，並將其原生家庭成員納入服務對象，設計如同志父母諮詢服務等方案，促進同性戀及雙性戀者之家庭成員對其性傾向之了解與接納，進而提升同性戀及雙性戀者之身心健康。

四、研究限制

本研究為橫斷性研究，無法推論因果關係。此外，由於研究對象招募不易，本研究以便利取樣方式收集資料，研究結果無法推論至所有的同性戀與雙性戀者。

致 謝

本文改寫自第一作者的碩士論文，感謝「社團法人台灣基地協會」提供第一作者實習及發放問卷的機會。基地協會的社區中心工作人員及夥伴的信任，以及中心裡面一則則獨特動人的同志故事是本文的基礎。另感謝「社團法人台灣同志諮詢熱線協會」及所有填寫問卷的研究參與者的協助。因為許多人的協助，本文才得以順利完成。

參考文獻

1. Erikson EH. *Identity and the Life Cycle*. New York, NY: W. W. Norton & Company, 1980.
2. 李怡青：同性戀者的親密關係與家庭功能之剖析。婦女與性別研究 2014；(35)：123-45。doi:10.6255/JWGS.2014.35.123。
- Lee IC. An overview of intimate relationships and family functions of lesbians and gay men. J

- Women Gend Stud 2014;(35):123-45. doi:10.6255/JWGS.2014.35.123. [In Chinese: English abstract]
3. 謝文宜：台灣同志伴侶親密關係發展的挑戰與因應策略。中華輔導學報 2006；(20)：83-120。doi:10.7082/CARGC.200609.0083。Shieh WY. The challenges of gay/lesbian couple relationships development in Taiwan and their coping strategies. Chinese Annual Report of Guidance and Counseling 2006;(20):82-120. doi:10.7082/CARGC.200609.0083. [In Chinese: English abstract]
 4. DiPlacido J. Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: a consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In: Herek GM ed. Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. 1st ed. Thousand oaks, CA: Sage Publications, 1998; 214-39. doi:10.4135/9781452243818.
 5. 友善台灣聯盟：「台灣同志壓力處境問卷」調查結果初步分析。http://redmedia061.so-buy.com/ezfiles/redmedia061/img/img/103521/20120417LGBTPressurereport.pdf。引用2016/8/30。Friendly Taiwan Alliance. Preliminary analysis of survey results of LGBT individuals' stressful situations in Taiwan. Available at: http://redmedia061.so-buy.com/ezfiles/redmedia061/img/img/103521/20120417LGBTPressureReport.pdf. Accessed August 30, 2016. [In Chinese]
 6. 總統府人權諮詢委員會：對中華民國（台灣）政府關於落實國際人權公約第二次報告之審查：國際審查委員會通過的結論性意見與建議。http://www.2017twcpreescr.tw。引用2017/08/01。The Presidential Office Human Rights Consultative Committee. Review meeting of the ROC's second report under the ICCPR and ICESCR: concluding observations and recommendations issued by the International Review Committee. Available at: http://www.2017twcpreescr.tw. Accessed August 1, 2017.
 7. Meyer IH, Dean L. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In: Herek GM ed. Stigma and Sexual Orientation. 1st ed. Thousand oaks, CA: Sage Publications, 1998; 160-86. doi:10.4135/9781452243818.n8.
 8. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. Am J Public Health 2001;91:933-9. doi:10.2105/AJPH.91.6.933.
 9. Sprigg P, Dailey T. Getting it Straight: What the Research Shows about Homosexuality. 1st ed., Washington, DC: Family Research Council, 2004; 69-94.
 10. Koh AS, Ross LK. Mental health issues: a comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. J Homosex 2006;51:33-57. doi:10.1300/J082v51n01_03.
 11. Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. Am J Public Health 2000;90:573-8. doi:10.2105/AJPH.90.4.573.
 12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Top Health Issues for LGBT Populations Information & Resource Kit. 1st ed., Rockville, MD: SAMHSA, 2012; C1-E1.
 13. Gay and Lesbian Medical Association (GLMA). Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. 1st ed., San Francisco, CA: GLMA, 200; 3-9.
 14. D'Augelli AR. Chapter 9: developmental implications of victimization of lesbian, gay, and bisexual youths. In: Herek GM ed. Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Thousand oaks, CA: Sage Publications, 1998; 187-210. doi:10.4135/9781452243818.n9.
 15. Brock DM, Sarason IG, Sanghvi H, Gurung RA. The perceived acceptance scale: development and validation. J Soc Pers Relat 1998;15:5-21. doi:10.1177/0265407598151001.
 16. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2010;23:205-13. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x.
 17. Sleek S. Research identifies causes of internal homophobia. APA Monitor 1996;27:57.
 18. Drescher J, Hellman R. Handbook of LGBT Issues in Community Mental Health. 1st ed., Raton, FL: CRC Press, 2004; 11-20. doi:10.13140/2.1.4157.0569.
 19. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. Pediatrics 2009;123:346-52. doi:10.1542/peds.2007-3524.
 20. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. Psychol Addict Behav 2009;23:175-84. doi:10.1037/a0014284.
 21. 許秀雯：從同志伴侶醫療權利角度談如何增進同志

- 友善醫療環境。台北市政府衛生局主編。同志友善醫療手冊。台北：台北市政府衛生局，2013。
- Hsu V. Methods for improving LGBT-friendly medical environments from the perspective of same-sex couples' medical rights. In: Department of Health, Taipei City Government ed. Handbook on LGBT Health and LGBT-Friendly Medical Environments. Taipei: Department of Health, Taipei City Government, 2013. [In Chinese]
22. 劉娜伶、高銓吟、黃彥芳、陳昶勳：我國同志健康行為調查與同志健康社區服務中心推動成果。疫情報導 2016；32：203-14。doi:10.6524/EB.20160524.32(10).001。
- Liu PL, Huang YF, Kao CY, Chen CH. Health behavior survey and community center to promote health in men who have sex with men. Taiwan Epidemiol Bull 2016;32:203-14. doi:10.6524/EB.20160524.32(10).001.
23. 衛漢庭、陳牧宏、顧文璋：建構多元性別友善的醫療服務。護理雜誌 2015；62：22-8。doi:10.6224/JN.62.1.22。
- Wei HT, Chen MH, Ku WW. Fostering LGBT-friendly healthcare services. J Nurs 2015;62:22-8. doi:10.6224/JN.62.1.22. [In Chinese: English abstract]
24. 華恆達：男同性戀與父母：現身的考量、策略、時機與後果。婦女與性別研究 2003；(15)：37-78。doi:10.6255/JWGS.2003.15.37。
- Bih HD. Gay men and their parents: decisions, strategies, and consequences of coming out. J Women Gend Stud 2003;(15):37-78. doi:10.6255/JWGS.2003.15.37. [In Chinese: English abstract]
25. 潘琴蕺：同志家庭與原生家庭互動關係初探。輔導季刊 2016；52：22-34。
- Pan CW. Relationships between gay families and their family of origin. Guidance Quarterly 2016;52:22-34. [In Chinese]
26. Parsons JT, Vial AC, Starks TJ, Golub SA. Recruiting drug using men who have sex with men in behavioral intervention trials: a comparison of internet and field-based strategies. AIDS Behav 2013;17:688-99. doi:10.1007/s10461-012-0231-0.
27. 鍾道詮、李大鵬：社會排除經驗對男同志心理健康的影響。中華心理衛生學刊 2017；30：37-68。
- Chung DC, Lee TTP. The relationship between social exclusion and mental health among gay men in Taiwan. Formosa J Ment Health 2017;30:37-68. [In Chinese: English abstract]
28. Lee MB, Liao SC, Lee YJ, et al. Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. J Formos Med Assoc 2003;102:687-94. doi:10.29828/JFMA.200310.0004.



The effect of family acceptance on the physical and mental health of lesbian, gay and bisexual adults

CHIAO-YU YANG, APRIL CHIUNG-TAO SHEN*

Objectives: This study investigated the effects of family acceptance on the physical and mental health of LGB adults. **Methods:** Valid questionnaires were collected from 620 research participants, including 300 lesbians and gays, 125 bisexuals and 195 heterosexuals. The data were analyzed by MANOVA to examine the differences in the self-rated physical health, mental health and suicide ideation among lesbians and gays, bisexuals and heterosexuals. The data were also analyzed by a generalized linear model to examine the difference in the effects of family acceptance on the physical health, mental health and suicide ideation among lesbians and gays, bisexuals and heterosexuals. **Results:** LGB adults scored significantly higher than heterosexuals did on the scales on mental health symptoms and suicide ideation. Family acceptance was significantly correlated with physical health, mental health, and suicide ideation, regardless of the participants' sexual orientation. Family acceptance had a more significantly effect on LGB's mental health than on that of the heterosexual participants. **Conclusions:** Related agencies should develop specific mental health services for LGB adults and make efforts to increase family members' acceptance of LGB adults in order to promote their mental health. (*Taiwan J Public Health*. 2018;37(4):453-463)

Key Words: family acceptance, lesbian/gay, bisexual, health

Department of Social Work, College of Social Science, National Taiwan University, No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Daan Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: acshen@ntu.edu.tw

Received: Oct 16, 2017 Accepted: Aug 8, 2018

DOI:10.6288/TJPH.201808_37(4).106115