

# 隱秘的生命

——當代臺灣社會墮胎論述與現實之初探

鄭菲（南京大學社會學院人類學研究所）

## 摘要：

墮胎這件事“不可不說”，並非是一顆墮胎藥或是一場人流手術那麼簡單，它更是國家政策、性意識、家庭及性別分工等意識型態在婦女生育場域中的博弈。“墮胎”包含了對懷孕、生育的看法，更重要的還有對女人合法的“性”的定義、婚姻地位的想像。不同的社會、科技發展與政治氣候，對婦女身體、生育都會產生不同的詮釋。在臺灣地區，墮胎的議題經歷了長時間爭論與立法的起伏，在這些不同于西方生命權和選擇權的爭議中，與性道德牽涉不清、不討論“生命定義”以及女性主體的意見缺席，就成為臺灣社會墮胎論述的特點。特別的是，雖然“墮胎”議題在這個多元社會裏，看似以社會問題、性別批判、倫理辯論、政策檢討等形式進行著各種激蕩的爭執，然而當女性經歷涉及隱晦與自身關懷的墮胎事件時，意外的生命終究還是一個不屬於她的秘密。

**關鍵字：**墮胎、RU486 性、生育、女性

## 楔子、隱秘的故事

這一天，我的腦子裏出現了無數希奇古怪的想法。

我想到如果我現在和 m 分手，去找個有能力的男人馬上結婚把孩子生下來，但是馬上推翻了，因為這樣做對 m 來說太殘忍了，讓他最愛的人和孩子去讓另外一個男人照顧，不如讓他去死吧。

我想到我偷偷的跑到誰也找不到的地方，等孩子生下來再回來，很快也推翻了，我沒有足夠的錢獨自負擔孩子出生以前的費用。我更知道我虛弱的身體不可能一個人堅持十個月。

我想到我跑去和他的父母坦白這件事，但是最終我沒有做，因為原來我也害怕這個結果……

我想了很多，但是最後的最後，我也沒有保護好我的孩子。我到底做了些什麼？

……

原來做手術就象殺豬一樣，一個接著一個做，醫生是不需要休息的，而我們需要做的只是平靜的等待死亡。我透過窗戶可以看到反射出來的一些人影。我摸著自己的肚子，最後看了一下時間。9點 45分。

走出來一個醫生，我看到她拿了一個透明的玻璃瓶，裏面是一些紅色的東西，深約 5cm。我知道那就是那個女孩子的寶貝，原來只是一堆血。我的寶貝馬上也要變成那樣了吧。

我知道如果裏面那個女孩子如果做的不是無痛的，聽到她的聲音也許我會逃，但是我們做的都是無痛的，我能聽到的只是醫生在手術時甚至都在聊天。

她被推出來了，而我被召喚進去了。

……

相信有過流產經歷的女孩都會害怕自己今後是否會喪失生育的能力。因為我們總覺得欠了孩子很多，總會認為孩子會要我們付出代價。做錯事總要付出代價的，如果讓我這樣一個愛孩子超過愛任何人的女孩失去做母親的權利，而且這是我自己一手造成的。

……

——《一位年輕女子的流產日記》<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 引自 <http://www.lovenz.cn/aqingrizhi/20091017/479.html>

小 B 在 23 歲時有過一次墮胎經歷。“孩子的爸爸不是我的男朋友，所以我……不能要它。不過它畢竟是我的第一個孩子，懷孕的時候我就整天對它說：寶貝，是媽媽對不起你，是媽媽不好……我好怕好怕以後會不能懷孕，墮胎對身體傷害好大的！另外，我以後也不能和他在一起，我就這樣為他懷了一個孩子，但是孩子又是無辜的，我又要把它拿掉……”事隔已久，小 B 談及此事還是克制不住眼淚，“說實話，我不是很想提這些事情，要不是你，我也不會把這些事情掏出來的。”<sup>2</sup>

—— 2010 年 10 月與小 B 的訪談

這些偶見於新聞、文學或影視中的墮胎故事你一定不是第一次讀到，在避孕問題上與男朋友的角力、發現懷孕後的情緒起伏、男朋友的反應和決定、自己在選擇墮胎與生育之間的掙扎、尋找墮胎途徑過程中的彷徨、墮胎手術的痛苦和當中的細節、墮胎後懷念胎兒和受自責的煎熬、對男朋友不能體會自己所承受的痛苦感到無奈、為再懷孕的可能性擔憂但又感到無能為力<sup>3</sup>——這些已經被定義為“墮胎後症候群”<sup>4</sup>的病症包含了對懷孕、生育的看法，更重要的還有對女人合法的“性”的定義、婚姻地位的想像。所以如果女主角是未成年少女，她的經歷也許被當作教育青少年的警示；如果女主角是未婚成年女性，她的故事常會被看作婚前性行為的後果與懲罰；如果女主角是已婚婦女，那麼她的感受也許根本不會被呈現。任何形式的妊娠中止，都會給當事人很大的感情衝擊<sup>5</sup>，不過別忘記了，曾經有某個時刻，媽媽在彼此的經驗和感受分享中共同承擔了墮胎的責任，女人清楚的在彼此的友善支持和感同身受中坦然度過。例如近代臺灣曾經經歷了一個克難艱苦的年代，減少孩子的數目、或者控制孩子在哪年出生，都是重要的家庭資源節流措施。在沒有避孕習慣、避孕用品也不普遍的年代，一旦有了不希望有的身孕，“拿掉”——這個有意輕鬆的字眼會成為人們鼓勵的選擇<sup>6</sup>。反倒是避孕藥、墮胎藥或代理孕母——這些介入或操縱生殖過程的科技出現之後，女性的身體終究引發了“兩性”與“性”的強烈變化與不安，各種複雜的訝異及矛盾情感遂以社會問題、性別批判、倫理辯論、政策檢討等形式進行熱烈的激蕩爭執。小 B 的隱私並非特例，臺灣行政院衛生署人口與健康調查研究中心於 2002 年所作的“人工流產統計”中，20-44 歲男性“自述配偶有過人工流產經驗”與女性“自述有過人工流產經驗”的資料總是相差了 5 到 10 個百分點<sup>7</sup>，墮胎這件事在任何年齡層的女性看來

<sup>2</sup> 文章中的訪談都發生於 2010 年 10 月至 12 月間。這些觀點從我與他們看似“不經意”、零碎的聊天中獲得，認真去談“墮胎”似乎會讓彼此都局促不安，所以引用的內容多為隻言片語。英國分析哲學家奧斯丁（J.L.Austin）在 1965 年的 *How To Do Things With Words* 一書中，首先將“操演”（performativity）這個字納入理論的運用，奧斯丁認為“在一定的條件之下說出這句話並不是要描述我在做一件事，也不是宣告我正在做這件事；事實上說這句話也就是在做這件事。”我並非一定要在訪談裏找到墮胎這一行動的面向，而是更加關注對其指涉和描繪的成分。

<sup>3</sup> 洪雪蓮，“我所見到的青少年墮胎”，刊於《女流》第 53 期，2009，頁 28-9

<sup>4</sup> 1980 年，“墮胎後症候群”（Post Abortion Syndrome）被美國精神醫學協會公認，並被診斷為一種屬於“創傷後壓力症候群”的特殊病症。這是由於婦女想起失去她所打掉的孩子、而抑制隨之而來的悲傷情緒所引起。這些情緒感受包括：罪惡感、恐懼、睡眠問題、羞愧感、沮喪、作惡夢、聽到嬰孩的哭泣、憤怒、恐慌來襲、將來面對懷孕時的恐懼、懊悔、不可控制的哭泣……等。詳細請見

[http://www.lightoflife.org.tw/Service03/Woman\\_Life\\_Growth\\_03\\_Abortion\\_Growth.htm](http://www.lightoflife.org.tw/Service03/Woman_Life_Growth_03_Abortion_Growth.htm)

<sup>5</sup> “墮胎情結”的驚人代價是要使幾乎所有的女人都對自己的身體狀態驚悚恐懼，羞愧自責，這也使我的田野調查困難重重。曾有一位男性朋友以“誰給你訪問誰就要負上殺人兇手的罪名”為由不願深談——雖然他表示不會介意女生曾有過墮胎經歷。而另外三位女性當事人情緒上的抵觸，也暗示了外界沒有給予作為墮胎主體的女性任何空間去抒發、排解或調整經歷墮胎前後的精神壓力。

<sup>6</sup> 1970 年代以前，臺灣婦女會用“拿掉”與“毋生（台語）”之類的辭彙，來表達墮胎的意願。有學者認為從“拿掉”與“毋生”到殺生或殺人，二者存在著相當大的認知斷裂，改變了婦女對身體的認知、母體與胚胎的關係，也侵害了女性承襲已久的生育利益，更加強了對婦女醫療與性的監控。詳細請見吳燕秋，2009，“拿掉”與“毋生”——戰後婦女墮胎史（1945-1984），國立清華大學博士論文；傅大為，2005，《亞細亞的新身體——性別、醫療與近代臺灣》，臺北：群學。

<sup>7</sup> 臺灣行政院衛生署國民健康局“民國 91 年臺灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查成果報告”，詳細請見附錄，網址為

[http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them\\_Show.aspx?Subject=200712270001&Class=2&Nb=200712270004](http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=200712270001&Class=2&Nb=200712270004)

都是個“不怎麼能說的秘密”。不過墮胎這件事不可不說，究竟與什麼相關聯？又是如何關聯的？

關於墮胎，在西方總是和宗教聯繫在一起，基督教保守派人士將生命的起點放在受孕的那一刻，而女權主義者則會將這一時間大加推遲：什麼時候胎兒該被當作一個獨立的、受法律保護的“人”，就成為西方不同社會爭論的焦點。在中國大陸，長期實施計劃生育似乎使得人們較容易接受墮胎這件事，不過一海之隔的臺灣社會對於墮胎的認識卻沒有這麼簡單。墮胎的議題經歷了長時間爭論與立法的起伏，在這些爭議之中，“墮胎”一詞的涵義擴展為對懷孕、生育的看法，以及對女人合法的“性”的定義、婚姻地位的想像，甚至還有相關技術的發展。特別的是，“墮胎”議題在臺灣這個多元社會裏，法律、宗教、婦運和社會規範的不同層面都擁有其各自的主張，不過在看似以社會問題、性別批判、倫理辯論、政策檢討等形式進行的激蕩爭執中，通過女性主體自述的墮胎故事卻始終是一樣的藍本。到底墮胎的痛苦與隱秘是性保守與貞節的懲罰，還是生命權的反思？從“九月墮胎潮<sup>8</sup>”到 RU486 合法化、從優生保健法到少子化的擔憂，就社會層面而言，究竟是什麼方面發生了變化？為什麼會發生這些變化？還會不會再變？就個人層面而言，墮胎的經驗與意義會不會形塑她們今後的行動和經驗？除了權力，有沒有其他解釋可以更好的理解這種隱秘性和價值？墮胎爭議背後的所隱藏的性、貞節、身體、醫療與文化意義，又如何官方詮釋之下為人們所思考？這些都是我希望基於對臺灣社會的觀察所作的思考，不過所有的問題可以先通過墮胎藥的例子而展開，從而引出一直以來與性道德牽扯不清的臺灣墮胎論述。

## 一、性與道德——以 RU486 為例

“我 7 年前墮過胎。我認為我最大的錯就是道德觀念太濃厚，家教太古板。還虛榮，都跟男人上床了還假裝純情。我呸，鄙視自己。怕人家覺得自己對避孕知識那麼瞭解是不是很開放啊，以前有過經歷啊。其實是初吻初戀。現在在半夜睡夢中，忽然想到這回事，內心焦灼萬狀，我整夜整夜無法入睡，四周是宿舍同學安詳的呼吸聲，我在那裏想，我傷害了自己，我對不起父母。”<sup>9</sup>

這篇博文發表於 2007 年，追溯到 7 年前，當時網路和避孕知識不如現今普及。更重要的是，當事人寧願以性知識的匱乏換取貞節和保守的印象。不過七年之後，她認為這個代價毫無意義，以墮胎換取的“純情”使當事人都“鄙視自己”。雖然現在積極關注青少年在墮胎歷程中所需的照護需求已經成為臺灣社會的共識，“未成年懷孕求助站”<sup>10</sup>、熱線電話以及相關咨商及護理研究<sup>11</sup>，都希望給她們提供各種可以運用的資源和支援系統，進而給予及

<sup>8</sup> 優生保健法中規定未成年女性人工流產行為必須獲得監護人的同意，因此“未在醫生指導下正確使用”、“自行服用 RU486”也順理成章地成了身處危險、受到傷害的唯一理由。於是在媒體指涉的道德機制評價之下，她們是不值得同情的：因為她們不應有婚前性行為，不應無知到不作超聲波檢查就自行服藥，不應通過非正規醫院途徑獲得 RU486 所以墮胎藥合法上市，並不代表墮胎行為可以“曝光”。時至今日，這種以“九月墮胎潮”的標題見諸報端、煽動墮胎與“性氾濫”的因果關係完成合法化的方式，一直被學者與臺灣婦女團體批判為父權體制對於女性身體自主權的忽略。

<sup>9</sup> “寫給所有女孩看：我的墮胎隱痛，我的濫交，我騙來的幸福”

<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!oVGGTiEEgQRh6taYUEFyOc-/article?mid=303>

<sup>10</sup> 網址為 <http://www.257085.org.tw/menu.asp>

<sup>11</sup> 醫學界研究以女性自主經驗為例，希望護理人員經由此深入瞭解這些婦女的生活經驗，則可依照個案的需求設計適當的諮詢或衛教方案，相關研究包括但不限於：李碧娥，1999，《未婚女性于第一孕期施行人工流產手術的經驗歷程與照護需求》，高雄醫學院護理學研究所碩士論文；周培萱，2001，《臺北未婚媽媽之家青少年決定生育的經驗歷程》，國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文；林婉玉，2003，《未婚青少年學生墮胎的相關照護需求之探討》，南華大學生死學研究所碩士論文；曾櫻花、馮瑞鸞、曾莉淑，“青少年的性知識、態度與行為——比較護理及非護理大專生的差異”，《護理雜誌》，56卷 2期，2009年 4月，頁 53-61；施秋娥、高千惠、曹麗英，“一位未婚大學女學生避孕生活經驗之探討”，《醫護科技學刊》，9卷 2期，2007年 5月，頁 125-32；李玉禪、藍佩榕，“家庭婚姻中遭遇人工流產之咨商議題”，《咨商與輔

時適當而有效的協助。不過這些關懷究竟起源於何處？如果“墮胎情結”的驚人代價是讓幾乎所有的女人都對自己的身體狀態驚悚恐懼，羞愧自責<sup>12</sup>，那麼未成年或未婚女性所遭受的社會規範壓力自然成為所謂的“墮胎症候群”之病因。況且這個女孩經歷墮胎是在 2000 年，那時恰好是 RU486<sup>3</sup>合法化爭議最為激烈的時刻，媒體報章充斥著墮胎“問題”的激蕩爭執<sup>14</sup>。現在看來，這些爭議看起來越來越不像醫學檔案，反而相當的“戲劇化”<sup>15</sup>：到底 RU486 的合法上市<sup>16</sup>，是利益、性別歧視等爭端的解決，還是性氾濫、殺嬰諸問題的開始？不論如何，對於 RU486 的討論，可以照見臺灣社會如何處理墮胎及墮胎藥在道德及醫療科學之間的衝突問題，這或許是 RU486 上市的另一項“功能”<sup>17</sup>。例如 1999 年 3 月 20 日的《聯合報》34 版刊登的“健康擂臺：RU486 該不該加把勁？”就是一版意見鮮明的專欄報導。

可避噩夢，親身經歷（小兔，桃園縣中壢市）  
無法想像要將身體最私密的部分，交給這樣的陌生人，用冰冷的器械奪取一個美好生命。慶倖自己毫不猶豫選擇了服藥而不是手術的方式，否則這將是多可怖的噩夢！

鐘文宏（苗栗縣團管部保健室醫官）  
墮胎的盛行與方法的進步是社會需要之“果”，而非造成社會需要之“因”，亦即社會墮胎的需求量與 RU486 的開放並不會有明顯的相關性。

黃劍銘（中縣光由大甲分院藥局主任）  
RU486 備受爭議於墮胎用途所衍生的宗教、道德問題，臨床利益則被忽略。與其說此藥的受爭議，毋寧說是吹皺一池暗流著政治、宗教、社會、道

---

導》，第 257 期，2007 年 5 月，頁 9-13；黎小娟、陳玉玲，“以 RU486 施行早期人工流產的已婚婦女之生活經驗”，《護理雜誌》，50 卷 4 期，2003 年 8 月，頁 50-8

<sup>12</sup> 何春蕤，“從人性教育觀點去看九月墮胎潮”，《性別教育通訊》第二期，1998 年 4 月。

<sup>13</sup> RU486 又稱 mifepristone 或 MIFEGYNE，中文譯名為美服錠，是目前臺灣合法出售的口服墮胎藥。RU486 又稱 mifepristone 或 MIFEGYNE，中文譯名為美服錠，由 Etienne-Emile Baulieu 和 Rousel-Uclaf 研發，位於實驗室 486 號，所以被稱為 RU486。它是一種人工合成的黃體素，可以與人體內的黃體素接受器結合，使人體自己分泌的黃體素不能與之結合作用，造成胚胎無法穩定著床，導致早期懷孕的流產。因為它不僅對女性沒有施行手術或造成傷害，而且在著床以後使用美服錠，可以終止懷孕，若早一點服用，其效果就如事後丸（做愛後馬上服用以防止懷孕的藥物）一樣。詳細請見 RU486 的發明者之一博琉的著作，Etienne-Emile Baulieu 著，張天鈞譯，《RU486：女性的選擇，美服錠的歷史》，臺北市：大塊文化，1999，初版，頁 29

<sup>14</sup> 我搜集了 RU486 合法化上市前夕，即 1999 年至 2000 年間報紙的相關報導。從媒體特性來看，傳統報紙的新聞報導可以充分處理、再現（representation）議題，也是目前資料保存上較完整，收集上較易取得的媒體資料，在此特別感謝國立中央大學性別研究室的資料搜集與分享。

<sup>15</sup> 臺灣醫藥界認為目睹 RU486 被討論了這麼多年，卻依舊未能上市供醫師使用，讓人無法理解。醫藥新聞，2000 年 10 月 30 日，第 2736 期。

<sup>16</sup> 法國自 1990 年 4 月開始上市 RU486，當作懷孕七周前的墮胎藥；英國在 1991 年 7 月 3 日通過 RU486 可以合法用於早期妊娠的終止；相繼地在中國大陸與瑞典也核准 RU486 上市；美國政府則在歷經 12 年論戰之後於 1999 年 9 月底予以核准上市，臺灣行政院衛生署於 2001 年 4 月及 6 月分別核准兩家藥廠將 RU486 在臺灣合法上市。目前市面上合法的產品有兩種：一種為由法國輸入之美服錠，一種為國產之保諾錠（apano）

<sup>17</sup> 媒體報導中不斷強調墮胎的低齡化問題，逐漸轉移了墮胎合法化的討論焦點。有學者指出，報導中的官方常以大家長姿態出現，宣稱 RU486 使用者必須受到保護，RU486 必須受到管制，以免受到不必要的傷害，與此同時，也在以一種訓誡口吻數落著這些墮胎女性不遵守性規範。所以這些新聞論述背後真正所要指稱的意義是：對於婚姻以外、不合於性道德規範的性行為與墮胎行為的混亂與不當。這樣的憂心來自於“開放合法等於鼓勵婚外性行為、鼓勵墮胎”的邏輯。相關研究請見鐘宜伶，2000，“新聞論述建構之 RU486 語藝視野——以報紙新聞報導為分析物件”，輯於臺灣歷史文化研討會，《性別與文化論文研討》，頁 18；徐佳青，2002，《臺灣利益團體影響墮胎藥物 RU486 合法化過程之研究》，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文；韓青秀，2002，《女性健康醫療議題的媒體再現——以 RU486 新聞報導為例》，國立政治大學新聞學系碩士論文；陳靜玟，2004，《臺灣地區報紙對墮胎新聞報導的內容分析：以中國時報、聯合報為例》，政治大學新聞研究所碩士論文。

德問題之表面純水而已，幹卿何事？

盧世烽（台南市德州中醫診所院長）

重要的是 RU486提供解除性氾濫的後遺症，將掀起一場社會性開放革命，形成社會道德危機，正考驗著政府的決心與魄力。

報紙以選取墮胎當事人的自述，代表了女性渴望規避手術痛苦與風險的願望。其他發言者則均是政府官員和醫師代表，他們的辯論透露了利益相關團體與政府部門不可調和的意識形態衝突，這其中既有專業權威與自主性衝突、身體自主權衝突，也有對墮胎的認知衝突。媒體尊崇平等報導的規範，實施方式是把複雜的爭議簡化為兩種最具勢力的對立立場，於是在報導中，RU486 究竟是否具有引進的必要，就只剩下了醫師團體與政府官員的對峙<sup>18</sup>。墮胎是涉及生殖、家庭、醫學、政策、人口等的複雜議題，不過媒體往往將墮胎討論簡化成生死的兩難、性開放的結果、宗教與女性主義的對立等。合法/非法、安全/危險、管制/氾濫，婚內性/婚外性的二元對立<sup>19</sup>話語，就在這樣的辯論之間建立起來了。值得注意的是，這樣的消息來源不僅體現在墮胎藥的媒體建構中，也同樣發生於不同時代的優生保健法討論。早期由政府部門主導論述的地位漸漸被醫師團體所取代，當優生保健法在行政、立法兩院審核時，立法委員的發言也受到媒體的重視，不過與墮胎最直接相關的女性，卻是優生保健法討論中最缺乏力量的，直到 2003 年後女性觀點才被呈現於媒體上<sup>20</sup>。

RU486引發爭議之處並不在於藥效的科學層次上，而是隨墮胎而來的道德議題。在強暴與亂倫不是經常發生的情況下，墮胎更常被當成一種“性自由”與“缺乏性/避孕教育”之間極具爭議的話題 Hilgartner & Bosk(1988)<sup>21</sup>提出“公共場域模式”(Public arena model)來解釋社會問題的形成與發展，他們認為，操作者最初的工作是“發現”社會問題，也就是把社會大眾認為是發生在私人的或是少數人的現象定義為一個集體現象，攸關社會制度的改善，這是一個“宣稱”(claim-making)的過程。那麼，墮胎“問題”是不是這樣一個想像的情境(a putative situation)？

社會對某個社會問題的重視程度並不只和問題的客觀內容有關，也和集體定義的過程有關，一個社會問題的“成功”與否，視其在公共論域內所受到的注意力。墮胎究竟如何成為“社會問題”，首先通過臺灣政客與醫生的炒作，以“九月墮胎潮”的危險訊號呼籲父母師長以更強的動機去關注青少年的性活動與日常人際關係。之後，對於青少年性氾濫的隱憂擴大到“性”與“貞節”的道德判斷。在臺灣，RU486 面對不是宗教上的墮胎的道德層次問題，而是“性失序”的社會問題<sup>22</sup>。

媒體所呈現的觀點反映了“性”與“貞節”的文化迷思——即合法性與正當性的文化意義無疑是與整個社會價值觀、意識形態相關聯的。雖然以 John Fiske為代表的後現代文化研究者，對大眾文化抱持著正面、樂觀、肯定的態度，不過也有學者對 Fiske提出批評，認為 Fiske將觀眾逃避現實的現象解釋為閱聽人主動權利的發揮，因而他無法區隔不同權力的差異，仿佛觀看過程中的文化政治就可以抵消現實生活中的政經壓迫<sup>23</sup>。因此墮胎這件事

<sup>18</sup> 推動優生保健法最積極且最有影響力的是醫師團體，女性團體的聲音並非被完全遮罩，而是因為她們亦採取支持的態度，“要不要懷孕是女性的一項基本人權”，強調不是不要或不愛孩子，而是女性的“子宮自由”和一般身體行為行動自由一樣，危險利弊應由婦女自行判斷及決定。

<sup>19</sup> 墮胎雖與女人的性息息相關，不過社會爭議與建構似乎僅停留在婚外“性汙名”的層次。為了洗刷墮胎的“汙名”，在《優生保健法》通過前，就有論者以為“墮胎”一詞含有負面貶抑的意思，要求完全以“人工流產”一詞取代。目前優生保健法中也確實是以“人工流產”一定或表述墮胎行為，不過這樣的替代是否就比較正面？類似還有“強姦”在臺灣被稱為“暴力強制性侵害”，“賣淫女”在大陸被正名為“失足女”。

<sup>20</sup> 不同時代的優生保健法討論，建構出的墮胎圖像與定位也有差異。在媒體論述中，優生保健法的角色從可以解決人口問題、提高人口素質的良法，變成造成墮胎氾濫的惡法。詳細討論可見賀政，2008，《從優生保健法爭議看墮胎新聞的再現》，臺灣：國立政治大學新聞研究所碩士論文。

<sup>21</sup> Hilgartner, S & Bosk, C.L. (1988), "The Rise and Fall of Social Problems: A Public Arenas Model", *American Journal of Sociology*. 94:1:53-78

<sup>22</sup> 目前臺灣關於 RU486的相關法律條款請見附錄。

<sup>23</sup> 張錦華，《媒介文化、意識形態與女性：理論與實踐》，臺北：正中，1994

即使成為不可言說的秘密，也會誘發所謂“墮胎後症候群”的“精神疾病”。有學者以臺灣防治 B 型肝炎的歷史為例，指出在宣導防治 B 型肝炎的過程中，社會不是單純地接受外來知識，而是在各種產業發展與政治考慮下，以創造性轉化來產生“新知識”。而在接受新的“正確知識”之時，新的行為及新的生活——例如使用免洗餐具——也就出現了<sup>24</sup>。在這個意義上，RU486 的新聞報導顯然承載類似的文化意義——即將道德判斷蘊藏在醫療科學客觀之下，也建構了 RU486 的性別與文化意涵。二元對立的邏輯伴隨著醫學知識的傳播，使得醫學對於女性身體的實踐不再是偶發的、個例的，而成為結構性的監控。

## 二、生還是不生？——與生命無關

2010 年 11 月我在臺灣桃園縣一家婦幼醫院蹲點，遇到一位 28 歲的女性來諮詢墮胎，她已經停經 30 多天，尿檢確定懷孕，不過 B 超尚未照見胎囊所以暫不排除宮外孕的可能，醫生叮囑她一個星期之後來復查，完畢之後忽然冷不丁問道：“為什麼不要這個孩子？”女子支支吾吾地回答：“嗯……暫時不要……”醫生的語氣立刻嚴厲起來：“你今年已經 28 歲了，還不要孩子？你打算什麼時候要？你知不知道高齡產婦流產機率高 20%？”“恩……因為最近工作很忙……”這位女子顯然始料未及醫生會如此追問她，逃也似的離開了診室。不過醫生余氣未消，對我說：“就知道工作，都 28 歲了，還不要小孩，像話嗎？”

曾有研究者試圖以醫用關係取代醫病關係的觀點，或許也可以用在墮胎協商中，思考婦女與醫師或任何墮胎服務者的互動關係<sup>25</sup>。雖然現在許多女性墮胎並非基於疾病等治療理由，同樣的，許多醫師願意提供服務，也並非根據病理原因，而是這些可能涉及墮胎罪的非治療性墮胎<sup>26</sup>。不過吊詭的是，在這位醫師看來，到底是墮胎不象話？罔置胎兒生命於不顧不象話？還是未婚懷孕不象話？晚婚晚育不象話呢？顯然，墮胎這件事“不可不說”，並非是一顆墮胎藥或是一場人流手術那麼簡單，它更是國家政策、性意識、家庭及性別分工等意識型態在婦女生育場域中的博弈。“墮胎”所包含的意義既有對懷孕、生育的看法，更重要的還有對女人合法的“性”的定義、婚姻地位的想像。當女性身體成為人口政策的工具之後，不論出生率過高或是過低，女性的子宮都被指責為問題的所在，卻忽略女性在生與不生之間的考慮。

“我滿 18 未滿 19，剛懷孕 2 個多月，一開始我男友說想要小孩，所以也就沒做什麼防護措施，但後來真的有了，他聽他朋友講一講就不想要那個小孩了，可是我從一開始都一直問他好多次是不是真的想要？我總是說我們養不起！他還堅持要！真的有了現在又不要！我不希望拿掉這個小孩，畢竟一開始是彼此同意下有的。現在我知道這個男人不負責，那我也要跟他一樣不負責嗎？我明白這男人不值得嫁就得因他而抹殺一個小生命嗎！我當然不希望我的小孩遭受跟我一樣的命運！我更不希望因為他的不負責就要我的小孩承擔這樣的錯！我不想讓小孩跟我一樣吃苦，可是我也沒那個經濟能力再多顧一個小小孩，要工作就沒人顧他，顧他就很難工作……我不知道我該怎麼辦？”<sup>27</sup>

——引自“未成年懷孕求助站”求助信箱

無獨有偶，我第二次去這家婦幼醫院蹲點，遇到了一位來尋求墮胎的女性小 A，今年 24 歲。說到墮胎的決定，小 A 強調“這是第一次（意外懷孕），我們都在上學，不過以後肯定是要結婚的。”小 A 的男友雖然不說話，卻在一旁攬住她的肩膀表示對女友的支持。這一次，醫生沒有指責這一對年輕人“不象話”，反倒一直叮嚀小 A 吃藥前後要注意的事。走出診所，小 A 如釋重負，我問她是不是擔心墮胎對身體的傷害，她想了想，說道：“只要他（男朋友）在我身邊，沒什麼怕的。不過開始還有點擔心別人會不會說我，畢竟還沒結婚。”

<sup>24</sup> 林崇熙，《免洗餐具的誕生——醫學知識在臺灣的社會性格分析》，《臺灣社會研究季刊》，1998，頁 32-37

<sup>25</sup> 成令方，“醫用關係的知識與權力”，《臺灣社會學》，第 3 期（2002），頁 11-71

<sup>26</sup> 吳燕秋，“拿掉”與“毋生”——戰後婦女墮胎史（1945-1984），國立清華大學博士論文，2009，頁 8

<sup>27</sup> “未成年懷孕求助站”求助信箱

[http://www.257085.org.tw/Content/Helpdesk2\\_2.asp?Forum\\_id=9&Post\\_ID=10](http://www.257085.org.tw/Content/Helpdesk2_2.asp?Forum_id=9&Post_ID=10)

按照臺灣現行優生保健法的規定，成年未婚女性尋求墮胎既無需監護人簽字，也不必丈夫的同意，不過當女性在考慮是否要墮胎時，她們顯然是在作一個既影響自己又和她/他人息息相關的決策。女性主義學者吉利根在墮胎決定研究中發現，當避孕和墮胎提供女人掌控她們生育能力的有效方法時，選擇的難題就進入了女人生活中最中心的位置<sup>28</sup>。墮胎合法化和 RU486 的推廣，在一定程度上將綁在保守和消極的性取向中的女性釋放出來，女性可以質疑她們究竟要什麼，並且強調她們對此一問題的答復——比如身體自主權。儘管如今社會允許在公眾場合中肯定女人為自己所做的選擇（權），但卻和她在私領域的女性氣質起了衝突——特別是將善良等同于自我犧牲的道德觀，例如臺灣社會“生與不生”的衝突之一就是越來越多的女性認為自己無法兼顧工作和家庭，因為懷孕是否能被接受，婚姻才是關鍵。

雖然臺灣婦運團體主張女性應當獲得判斷和行動上的主體性，不過她們並沒有贊成女性終止懷孕或是反對終止懷孕，只是希望女性有選擇的自由<sup>29</sup>。然而當整個社會的價值觀與意識形態依然在“性”與“貞節”的文化迷思中徘徊遊蕩的時候，當墮胎這件事與親密關係、母子關係與經濟關係相關聯的時候，當女人也是在這些“關係”中被社會和自我評估的時候，當女性的身份（已婚還是未婚）與她們的道德判斷關係是如此緊密的時候，婦運團體堅持尋求立法平等的步伐就變成了超越社會現實的烏托邦設想。

“以前我在花蓮的時候，遇到的原住民小孩，因為從小就比較不忌諱討論性，因此他們會公開討論墮胎。之後我來到都市，才發現大家都不說，而且會避諱這個事情。”（男，25歲，學生）

“我們女生都不會說（墮胎）啊，這個事情很掉價的，男生都不會要我們的。怎麼能告訴別人我墮胎了呢？”（女，24歲，學生）

“也許不會計較處女的問題，但是墮胎還是一件大事。這是底線。為什麼會覺得（墮胎令女生）貶值……會被覺得你不謹慎吧！”（女，29歲，公務員）

墮胎當事人的精神壓力，其實也因環境的不同而有不同程度的輕重。我在訪談中發現具備“性解放意識”的女性面對此事會較為開明，而迫於經濟壓力且不屑於輿論的女性，墮胎也不過是不得不忍受的一個時刻而已。不過對大多數平常女性來說，她們所不能恪守的道德規範，在她們的心目中，仍舊是有分量的，仍舊是讓她們惶恐的。由於她們心裏尊敬著她們所越犯的法律，所以她們覺得苦悶；如果必須找別人共同犯法，她們的苦悶就更為深沉，很多當事人終生都忘不了那個被“拿掉”的嬰兒。如果墮胎是女性主動而不是被迫的，她的犯罪感就會更加強烈<sup>30</sup>。還有一些當事人覺得墮胎摧殘了她們的身體，進而去埋怨勸她們墮胎的男子。如果墮胎背後支撐的道德評判一定來自於性與貞節，那麼為什麼在在社會接受了一定程度的性開放之後，“避諱”“貶值”“不謹慎”依然成為“墮胎”的另一種詮釋？如果不小心製造了一個新的生命，關於性與貞節的討論就會立刻發生回轉與倒退，還是因為這種文化迷思從未真正地開放過<sup>31</sup>？

墮胎合法化的考慮前提是醫學、優生以及司法理由的墮胎行為，而許多未婚女性進行墮胎的思考卻在此之外。對成年女性而言，墮胎是避孕失敗後的補救手段，而非避孕的替代。墮胎的代價太高，沒有人會選擇墮胎作為避孕的主要手段。RU486 並不符合管制藥品的成癮性條件，但因其具有“社會危害性”外在詮釋下，被列入了管制藥品之中；未婚女性並不符合他人同意的法律管制，卻在其“婚外性”的道德評判下，被列入了“貶值”的行列。所以即使“懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活”是合法的理由，亦不代表她們的墮胎行

<sup>28</sup> Carol Gilligan 著、王雅各譯，《不同的語音——心理學理論與女性的發展》，臺北：心理出版社，2002年，頁 94-5

<sup>29</sup> 相關研究請見顧燕翎，2001，“從墮胎到人工流產——社會關係及婦運策略分析”，《女性主義經典》，臺北：女書文化事業有限公司；顧燕翎，“墮胎合法化議案（臺灣篇）：從墮胎到人工流產 - 社會關係及婦運策略分析”，《女性人》，1990年第 3期，頁 194-203

<sup>30</sup> 楊美惠編譯，《婦女問題新論》，臺北：聯經出版社，1979，頁 228

<sup>31</sup> 相關研究請見 Laura M. Carpenter, 2005, *Virginity Lost: An Intimate Portrait of First Sexual Experiences*, New York and London: new york university press.

為可以曝光。女性主義學者麥金農認為生命權的問題已經成為如果胎兒在爭論中具有任何（any）身份，其分量就要超過女性，那麼對於男性來說嬰兒是什麼？<sup>32</sup>她的質疑倒是正好提出了墮胎問題之於女性的特殊意義——要不要生、什麼時候生不是女性個人的決定<sup>33</sup>，那麼誰負責？誰擔心？誰承擔？這就是社會性別的差別。

### 三、誰負責？誰決定？——優生保健法之背景

我只所以最後才涉及臺灣墮胎相關法律規範，原因之一是女性的身體因為生殖的特性成為國家政策所關注並積極掌控的對象，並非是臺灣社會從來就有的事，法律與社會規範之間其實存在著很大的認知斷裂；其次是因為儘管法律允許女性終止懷孕，但臺灣社會的氛圍卻未必如此，除了社會規範之外，許多宗教團體也抱持反對的態度<sup>34</sup>。不過圍繞優生保健法產生的爭議卻體現了臺灣墮胎論述的第三個面向：即女性意見的缺席。

清代臺灣作為漢人移民社會，在法律上與中國本土無異，同樣受《大清律例》規範。承襲《唐律》以來的墮胎相關規定，目的在於保護婦女身體法益，而非懲罰婦女拒絕生育的行為。法律並不處罰墮胎婦女，而是懲罰造成婦女墮胎的傷害者，或是協助婦女墮胎，卻傷及婦女致死者<sup>35</sup>。不過到了近代，臺灣與中國本土先後接受、移植日本刑法的結果，不約而同地採用了近代西方的法律系統，改變了兩地人民對墮胎“罪”認知。新刑法增列的懲處物件，包括選擇墮胎的婦女。直到 1969 年 4 月 19 日行政院公佈的中華民國人口政策綱領<sup>36</sup>，臺灣才完成了墮胎合法化的進程。此外，另一條與墮胎相關的重要法規——《優生保健法》於 1984 年（民國 73 年）6 月 29 日經立法院三讀通過，1985 年（民國 74 年）1 月 1 日實行，將原有醫學的墮胎由防止母體生命危險，擴及母體的身體和精神健康，另外加上：優生性（胚胎性）墮胎、倫理性（犯罪學或司法的）墮胎、社會性（危困狀態）墮胎、及家庭經濟性墮胎<sup>37</sup>。

現行優生保健法規定，無理由之人工流產為法所不許<sup>38</sup>，因此第九條第六款“因懷孕或生產將影響心理健康或家庭生活之社會學上的理由”就成為了未婚懷孕、外遇懷孕、已生養過多子女等女性紛紛使用的條款。任何女性只要是因為未採用避孕措施，或是避孕失敗而懷孕，若因此想要合法進行人工流產手術，都必須找個法定理由才行，不能只是單純地不要小孩。另外，優生保健法也規定已婚婦女墮胎必須得到丈夫、未成年少女必須得到法定代理人的同意，換句話說未得丈夫同意、以及未得法定代理人同意的墮胎就是一種犯罪。臺灣法界及婦女團體<sup>39</sup>批判這等同于宣告婦女女性對於自己的身體與自己未來的規劃，是沒有自主決定權利的，而且是透過法律對懷胎婦女的墮胎決定給予嚴厲的道德上責難<sup>40</sup>。法律上的爭議

<sup>32</sup> 麥金農著、曲廣娣譯，《邁向女性主義的國家理論》，北京：中國政法大學出版社，2007，頁 268-269

<sup>33</sup> 臺灣優生保健法中 1, 2, 3, 4 類合法墮胎均須醫生認定，已婚女性墮胎也只有在丈夫的同意下才有可能。

<sup>34</sup> 宗教關於墮胎的相關論述請見：釋傳法，“優生保健法：鼓勵墮胎（殺嬰）法？”，《弘誓雙月刊》，2006 年第 84 期，頁 80-2；道證法師，2006，《墮胎須知》，台南：和裕；釋堅意，“從佛敎倫理學看墮胎行為（上）（下）”，分別刊於《海潮音》2004 年第 85 卷第 6 期、第 7 期；釋昭慧，“揮之不去的父權夢魘——評述《優生保健法》修正案的爭議”，《應用倫理研究通訊》，2004 年第 31 期，頁 23-35；聖嚴法師文、單德興譯，《佛敎與墮胎》，《人生雜誌》，2002 年第 230 期，頁 103-5。

<sup>35</sup> 吳燕秋，“拿掉”與“毋生”——戰後婦女墮胎史（1945-1984），國立清華大學博士論文，2009

<sup>36</sup> 相關研究請見陳肇男 孫得雄 李棟明合著，2003，《臺灣的人口奇跡：家庭計畫政策成功探源》，臺北市：聯經；熊郁主編，1993，《面對 21 世紀的選擇——當代婦女研究最新理論概覽》，天津：天津人民出版社；臺灣省家庭計畫研究所，1999，《無聲的吶喊——避免不必要的人工流產》，台中：臺灣省家庭計畫研究所。

<sup>37</sup> 2009 年 7 月 8 日最新修正的《優生保健法》請見附錄，來源為臺灣行政院衛生署法規資料檢索系統，<http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLANDAT0201.asp>

<sup>38</sup> 依據臺灣目前刑法的規定，人工流產仍是不合法的行為，但現行優生保健法規定，如果你有下列的情形則可實行人工流產：一、本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。二、本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾患者。三、有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。四、有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞者。五、因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相奸而受孕者。六、因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活者。

<sup>39</sup> 自 2000 年起，婦女團體不斷發聲廢除不合理的父權但書，詳細行動及觀點可參見臺灣女人健康網之“優生保健法大事記”，<http://www.twh.org.tw/11/02.asp>

<sup>40</sup> 王皇玉，墮胎罪同意問題之研究，月旦法學雜誌，第 162 期，2008 年 11 月，頁 41-62



顯示出胎兒生命保護與懷孕婦女身體自主權一直是兩個衝突的價值，如果個體要使用法律保障權益，仍然要獨自面對龐大的國家體系以及文化體系，這種法現實層面的性別不公<sup>41</sup>似乎能夠解釋女性在面對墮胎問題上的情緒角力——因為墮胎始終不是一個人的決定。不過值得注意的是司法系統並不是一個基於單一原則運轉 具有一致性而附有特定目的與方向的結構體系<sup>42</sup>，這同時也是“權利”的矛盾：法律到底是促進了女性利益，還是形塑了一個新的、更加難以逃脫的控制形態？<sup>43</sup>

導致墮胎抉擇的震盪——包括道德的衝突、對結果的不確定感、害怕藥物對身體的危害；女性的自我觀——包括生育自主權、身體的掌控、身體的完整性；錯綜複雜的情緒反應——包括出乎意外之外，難以啟齒的秘密，失落感，缺乏耐性，孤獨感……墮胎當事人的痛苦和隱秘，似乎並不完全能夠通過父權巨靈身影的解釋來安撫。如果我們試圖跳出父權壓迫與女性身體自主權這個二元對立，那麼我們也要跳出墮胎是好還是不好的二元對立——因為人工流產所引發的社會問題、性別批判、倫理辯論、政策檢討的辯論都是在同一個父權場域中進行的。

在這篇文章中我將臺灣墮胎論述鋪陳而出，看似喧噪紛擾，卻可總結出其三點特色：一、與性道德的牽扯不清；二、不討論“生命定義”的問題，懷孕即是懷有生命；三、墮胎女性意見的缺席。這使得墮胎及墮胎藥在道德及醫療科學之間的衝突問題，與避孕藥和人工生殖科技所引起的強烈不安，幾乎如出一轍：對其飽含畏懼，認為這些措施介入“自然”，擾亂既有道德秩序，是人類野心的狂亂越界，因此應該加以控制和嚴密監督。和這種態度殊途同歸的類似說法認為，人工生殖科技把“性”與“生殖、婚姻”分開，使男性不必再為性事負責，方便男性縱欲與剝削女體，會造成性的氾濫、性病、未婚青少年的到額度墮胎等等，性的責任和後果卻仍然屬於女人，形成對女體的進一步控制，因為這些科技可以說是（男性主導的）生物學和醫學對女性施展的新權力技術，應該加以抗拒和批判<sup>44</sup>。因此有學者認為“墮胎問題”的重點不是法律條款，而是女性身體長期在政府、醫界、丈夫等及男性為主的統治者管制之下，若不從意識形態管制層面上根本加以突破，則無論禁止、縱容或者強迫墮胎，實際上都可能都只是遂行管制的一種手段<sup>45</sup>。

在西方，墮胎形成了應用倫理學早期的重要議題。但是墮胎的辯論焦點在早期性革命時代時是女人的身體自主（隱含著“性氾濫”焦慮），並曾經和“家庭價值”成為美國政治的焦點，在後期則逐漸轉換到和生命價值、生命倫理學連結的議題<sup>46</sup>。時至今日，臺灣社會對墮胎問題的爭議也已趨於平靜，似乎越來越多的人認識到“生命誠可貴”，這個中緣由既有宗教所衍生的道德爭議，也因為臺灣少子化與不孕症增多，使得孩子變得愈加珍貴。不過這種社會觀念的轉變，是否真的回歸到西方論述中的生命權（pro-life）和選擇權（pro-choice）的原則呢？即使那表現成是心理上的問題，把問題還原為心理，就如同把母性問題還原為精神分析或意識形態的層級那樣，就觀念論而言是錯誤的，現代意義下的婦女

<sup>41</sup> 王曉丹，臺灣的性別與法律研究，《法令月刊》，第五十八卷，第四期，頁 58-554-568

<sup>42</sup> 陳昭如，“權利、法律改革與本土婦運——以離婚權的發展為例”，輯於“女性主義與臺灣社會的關係：社會學的觀點”學術研討會，1999年 3月 19-20日。

<sup>43</sup> 臺灣行政院 2008年 2月 22日公佈的《優生保健法修正草案》中指出，因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活而自願實施人工流產者，醫療機構應先提供諮詢，並與三日後經懷孕婦女簽具同意書，始得為之。不過 2010年 11月我與臺灣桃園縣一家婦幼醫院的副院長訪談中發現，他在問診過程中有時並沒有嚴格執行法律所規定的“三天思考期<sup>43</sup>”前的醫療諮詢，“現在避孕方法那麼多，我覺得墮胎不是個問題吧……不過墮胎雖然是合法了，不過法律和政策把壓力和責任都給了我們，如果墮胎出了什麼問題，我們（醫師）就要被告的。所以我一直小心按照規定來做，不過你會聽一個不認識的人給你做心理輔導，然後回去等三天嗎？我叫你拿了墮胎藥再找家長回來簽字，你會回來嗎？”一位身為基督徒的女大學生也告訴我，三天的思考期實際實行並不會對女性產生麻煩，因為法案公佈後，女生自然會提前跨入醫院，“就像申請信用卡，知道三天後才會髮卡，大家就會提前申請。除非是法律規定醫師有權決定是否該有三天思考，否則在沒有差別待遇的情況下，大家只會把它當作一個“程式”啦！不會想太多。”不過目前醫院還是會要求服用 RU486的女性必須簽署知情同意書，且 RU486必須在藥師面前吞下。簽署書及 RU486藥品說明請見附錄。

<sup>44</sup> 另外一種態度則認為新的科技並不一定有著確定的性別意含。詳細請見何春蕤，“女性擁有了選擇的權力”，節選自 Bernard Asbell 著、林文斌 廖月娟譯，《改變世界的藥丸》，臺北：天下遠見，1999，頁 1-6

<sup>45</sup> 劉仲冬，《女性醫療社會學》，臺北市：女書文化，1998，初版，頁 218

<sup>46</sup> 甯應斌，介紹性倫理及其外，《哲學雜誌》季刊 33期，2000年 8月，頁 62-75

身體自主權看來並非是擴增賦權的樂觀想像。中國大陸最高人民法院 2010 年 11 月 15 日發佈了徵求《婚姻法》的司法解釋意見稿，其中第十條的規定為：夫以妻擅自中止妊娠侵犯其生育權為由，請求損害賠償的，人民法院不予支持<sup>47</sup>。在臺灣，墮胎權是司法系統吵破頭、選舉中最易成為輿論焦點的話題，但在中國社會，最高法就這麼一筆帶過了。那麼，女性在“依自由意志決定”的背後，是什麼樣的直接或間接的原因在作用？究竟是什麼來決定我們的子女人數？<sup>48</sup>還有更大的問題在前面等著我們。

---

<sup>47</sup> “《婚姻法》司法解釋：別談感情，傷法治”，<http://news.163.com/special/reviews/wed20101123.html>

<sup>48</sup> 上野千鶴子著，劉靜貞、洪金珠譯，《父權體制與資本主義——馬克思主義之女性主義》，臺北市：時報文化出版企業股份，1997，頁 76

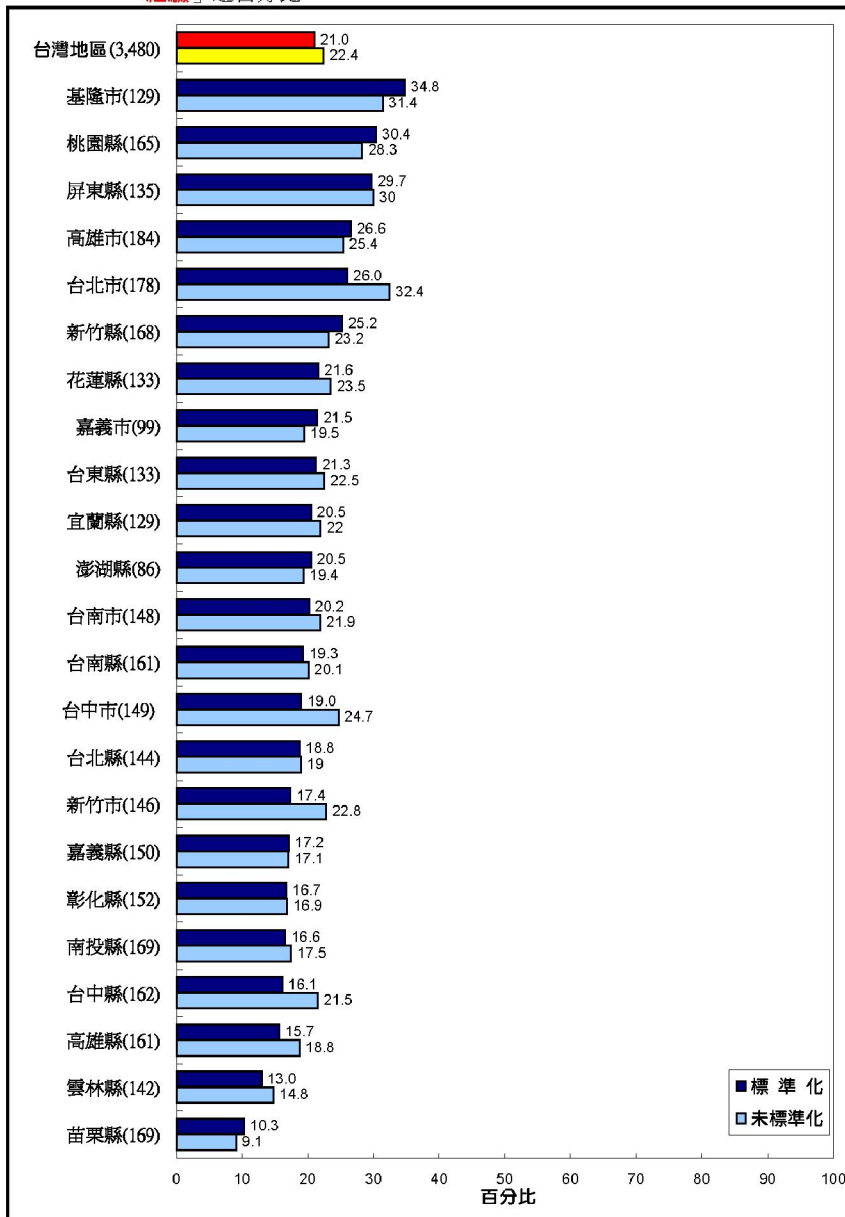
## 參考書目：

- 蘇珊法露迪著、顧淑馨譯，1993，《反挫：誰與女人為敵》，臺北：自立晚報。（原書 Faludi, S.,1991, *Backlash: The undeclared war against American women*. New York: Crown.）
- Leslie Kanés Weisman 著、王志弘、張淑玫、魏慶嘉，1997，《設計的歧視：「男造」環境的女性主義批判》，臺北：巨流。（原書 Weisman, L. K.,1992, *Discrimination by design: A feminist critique of the man-made environment*. Urbana, IL: University of Illinois Press.）
- 吉登斯著、周素鳳譯，2001，《親密關係的轉變：現代社會的性、愛、欲》，臺北：巨流。（原書 Giddens, A.,1992, *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Cambridge, UK: Polity Press.）
- 愛麗絲 史瓦澤著、劉燕芬譯，2001，《大性別：人只有一種性別》，臺北：臺灣商務。（原書 Schwarzer, A.,2000, *Der grosse Unterschied*.）
- Pamela Abbott Claire Wallace 著、俞智敏譯，1995，《女性主義觀點的社會學》，臺北：巨流。（原書 Wallace, C.,1990, *An introduction to sociology: Feminist perspectives*,New York: Routledge.）
- 瑪麗亞 凱著、蕭志哲譯，1999，《我做了選擇——一位年輕女孩的墮胎日記》，台中市：晨星。
- 蘇芊玲（1996）。《不再模範的母親》。臺北：女書文化。
- John R. Williams 著、尹匯文譯，2005，《世界醫學會醫學倫理手冊》，台北：中華民國醫師公會全國聯合會。
- 江千代 謝淑琴 黃雪惠 宋之蒂，1988，《臺北市人工流產婦女追蹤調查研究》，臺北：臺北市家庭計畫推廣中心。
- 李慶安，1997，“看青春期少女墮胎問題”座談會——首度針對全臺灣婦產科醫生進行問卷調查結果大公開，臺北市議員李慶安辦公室新聞稿。
- 倪炎元，2003，《再現的政治：臺灣報紙媒體對“他者”建構的論述分析》，台北：韋伯文化。
- Sandra M. Alters, 2010 Edition, *Abortion: An Eternal Social and Moral Issue*, Taxes: Kepos Media, Inc ;
- Carole Joffe, 2009, *Dispatches from the Abortion Wars: The Costs of Fanaticism to Doctors, Patients, and the Rest of Us*, Boston: Beacon Press ;
- J. Shoshanna Ehrlich, 2006, *Who Decides: The Abortion Rights of Teens*, London: Praeger ;
- Judith Jarvis Thomson, 1996, “A Defense of Abortion”, *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics*, 5th ed. Belmont : Wadsworth , pp 69-80.
- Aida, T. & Forrest, J. D.,1988,“Why Do Women Have Abortions?”, *Family Planning Perspectives*, 2(4) ;
- Faria, G, Barrett, E. & Goodman, L. M.,1985, “Women and abortion attitudes, social networks, decision-making.” *Social Work in Health Care* 11(1) : 85-99 ;
- Mary Anne Warren, 2003, “On the moral and Legal Status of Abortion. ” in Tom L . Beauchamp & Leroy Walters, *Contemporary issues in Bioethics* ( American : Wadsworth - Thomson Learning Press , 6 th Edition ) : pp303-04 ;
- Reardon, D. C.,1987, *Aborted Women, Silent No More*, Loyola University Press ;

附錄：

一、臺灣行政院衛生署國民健康局“民國91年(西元2002年)臺灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查成果報告”第1卷之五、生育、避孕與人工流產統計圖：

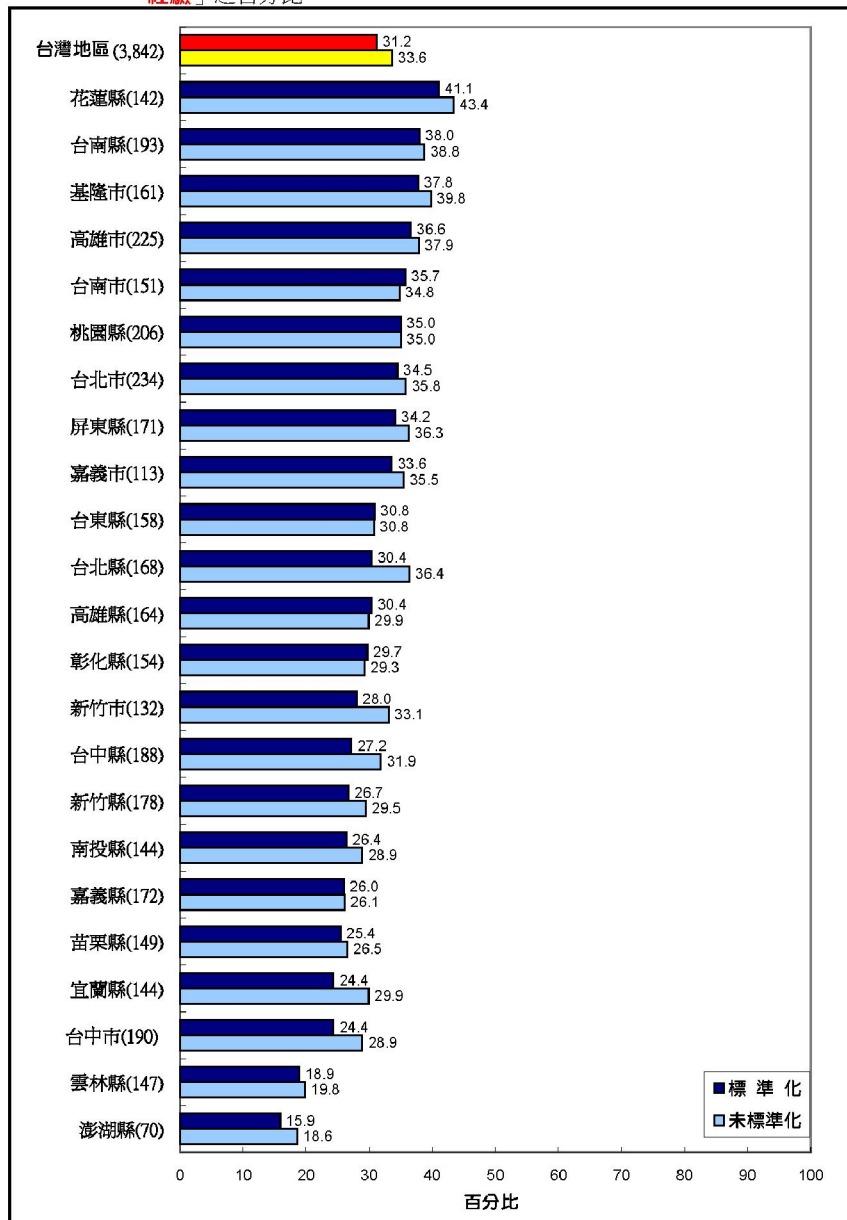
圖E4-2-a. 未經標準化及年齡標準化後之20-44歲男性「自述配偶有過人工流產經驗」之百分比



註：1.括弧內數字為百分比基數「加權樣本數」。

2.百分比基數為20-44歲之男性，其配偶曾懷孕，但不含其配偶為初次懷孕且尚在懷孕中者。

圖E4-2-b. 未經標準化及年齡標準化後之20-44歲女性「自述有過人工流產經驗」之百分比



註：1. 括弧內數字為百分比基數「加權樣本數」。

2. 百分比基數為20-44歲曾懷孕婦女，但不包括初次懷孕且尚在懷孕中的婦女。

## 二、RU486相關法律

施行 RU486藥物流產手術的法令依據

自行政法觀點

行政命令

之一：行政院衛生署加強美服培酮 ( Mifepristone, RU486) 管理

RU486 列屬第四級管制藥品，依法藥房不能販賣，也不能調劑。一般藥房不能販

賣，也不能調劑，只有依管制藥品管理條例，向管制藥品管理局申請核准，發給管制藥品登記證之藥局，才得由合法人員依婦產科醫師之處方進行調劑。不是如報載：一般藥局、藥房均可販賣。

Mifepristone( RU486) 藥品限由合于優生保健法規定之婦產科醫師在公私立醫療院所執行使用

使用物件：符合“優生保健法”中，可施行人工流產之條件者。

依據“優生保健法”第九條第二項規定，未婚之成年人或禁治產人，依優生保健法第九條第一項規定進行人工流產，應得法定代理人之同意。有配偶者，依優生保健法第九條第一項第六款規定施同意書簽署之後，將證明病患已被充分告知本藥品之使用方法及其危險性。

之二、行政院衛生署加強美服培酮 ( Mifepristone, RU486) 管理方案 ( 管制藥品管理局)

Mifepristone之加強管理需依法律配合事項如下：

由本署函請行政院公告該藥品為第四級管制藥品。由管制藥品管理局辦理。

目前已有該藥品業者向本署申請許可證，此類藥品許可證類別限制為“限由婦產科醫師使用”，限由合于優生保健法規定之婦產科醫師在公私立醫療院所執行，須於醫院或診所內在婦產科專科醫師或醫護人員面前服用。

公告或函釋該藥品之施用系屬優生保健法第四條所稱之“人工流產”，限制由合於該法規定之婦產科醫師為之，由醫政處辦理。

RU486流產施行之要件：

需有施行人工流產之法定原因

二、需基於懷胎婦女之自願

三、需由合格之醫師施行 RU486藥物流產

三、RU486藥品說明：

### 保諾錠 RU486 使用須知



☆服用保諾錠(Apano) 必須在婦產科醫師的建議下服用

◆當日服用三顆保諾錠 此錠需在醫院內於醫護人員面前服用

◆在服用保諾錠之後的 36 至 48 小時後服用--\*喜克潰錠(cytotec)三顆\*

※大約是 日早上 時 左右 飯前半小時服用  
下午 時 左右 飯前半小時服用

◆ 您服用保諾錠後某些人會有出血的症狀.但某些體質不會及時出血

◆ 通常在服用(喜克潰錠)之後才開始出血. 會持續至下一次的回診

※ 服藥後有可能出現其它副作用如：

子宮收縮性疼痛,約 2-3 小時 ,血壓降低現象, 頭痛, 暈眩, 嘔吐, 噁心 ,腹瀉,發熱,皮膚疹若是輕微症狀停藥後即會排除

◆ 服藥期間刺激性及燥熱.冰冷食物請暫時勿食用

◆ 當您服完(喜克潰錠)後.當天都未有出血症狀時.可提早回診請教醫師

◆ 服用保諾錠之後的追蹤治療是必需的 請您依照醫師預約時間回診

如有其它相關問題請撥 轉 1017 藥物諮詢專線為您服務

婦幼醫院藥劑科關心您

#### 四、知情同意書：

### 患者同意書

- 1 我已閱讀所附的「墮胎婦女使用須知」，其內容說明使用Apano®保諾錠及misoprostol來終止懷孕時所需要注意的相關事項。
- 2 我已經和我的醫師討論過。
- 3 我的醫師回答了我所有的問題，並告訴我使用Apano®保諾錠及misoprostol來終止懷孕的優點及危險性。
- 4 我相信我懷孕沒有超過49天(7週)。
- 5 我了解我會在醫師的診療室內服用：Apano®保諾錠
- 6 我了解我將在服用Apano®保諾錠36-48小時後，服用misoprostol。
- 7 我的醫師已確實向我說明，該如何處理因治療而產生的大量出血或在需要時如何獲得緊急醫療照顧。
- 8 出血及痙攣並不代表懷孕已經終止，因此我必須在服用Apano®保諾錠後的二週內回到醫師的診療室，來確定我已終止懷孕，且我的健康情形良好。
- 9 我知道在某些情況下，接受此一治療並無法終止懷孕，其發生率大約是百分之五~八。
- 10 我了解在服用Apano®保諾錠後如果繼續懷孕，可能會導致胎兒先天性缺陷。如果在使用Apano®保諾錠及misoprostol後我仍懷孕，我將與醫師討論我的選擇，這可能包括使用外科手術來終止懷孕。
- 11 我了解如果我服用的藥物沒有終止懷孕，而我決定使用外科手術終止懷孕，或是我不要終止懷孕，或是我需要外科手術來停止出血，我的醫師將會做相關處理。
- 12 我有醫師的姓名、電話及地址，而且我知道我可以打電話尋求協助。
- 13 我決定服用Apano®保諾錠及misoprostol來終止懷孕，而我將遵循醫師所建議之服藥時間與緊急狀況的處理方式。
- 14 我將做到下列事項：  
我將於服用Apano®保諾錠36-48小時後回到醫師的診療室，由醫師指示服用misoprostol，並於服藥後三小時內，留在醫師指定之地點觀察。  
在服用Apano®保諾錠後的二週內，我必須再回到醫師診療室，確認懷孕已確實終止，並確認我的健康狀況良好。
- 15 我同意遵守以上的注意事項及所有醫囑

◎ 本聯由醫療單位留存

配偶：

患者簽名 \_\_\_\_\_

(法定代理人)

日期： \_\_\_\_\_

\* 本同意書一式2聯，請患者在此份同意書上簽名後，一聯由醫師存於患者之醫療紀錄中，另一聯交予患者留存。

## 五、優生保健法條款：

法規名稱： 優生保健法 (民國 98 年 07 月 08 日修正)

### 條文內容

#### 第一章 總則

第 1 條 (立法目的及法律適用)  
為實施優生保健，提高人口素質，保護母子健康及增進家庭幸福，特制定  
本法。  
本法未規定者，適用其他有關法律之規定。

第 2 條 (主管機關)  
本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在  
縣(市)為縣(市)政府。

第 3 條 (優生保健諮詢委員會及優生保健委員會)  
中央主管機關為推行優生保健，諮詢學者、專家意見，得設優生保健諮詢  
委員會，研審人工流產及結紮手術之標準；其組織規程，由中央主管機關  
定之。  
直轄市、縣(市)主管機關為推行優生保健，得設優生保健委員會，指導  
人民人工流產及結紮手術；其設置辦法，由直轄市、縣(市)主管機關定  
之。

第 4 條 (人工流產與結紮手術定義)  
稱人工流產者，謂經醫學上認定胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間  
內，以醫學技術，使胎兒及其附屬物排除於母體外之方法。  
稱結紮手術者，謂不除去生殖腺，以醫學技術將輸卵管或輸精管組塞或切  
斷，而使停止生育之方法。

第 5 條 (人工流產或結紮手術之醫生)  
本法規定之人工流產或結紮手術，非經中央主管機關指定之醫師不得為之。  
前項指定辦法，由中央主管機關定之。

#### 第二章 健康保護及生育調節

第 6 條 (健康檢查或婚前檢查之專案)  
主管機關於必要時，得施行人民健康或婚前檢查。  
前項檢查除一般健康檢查外，並包括左列檢查：  
一、有關遺傳性疾病檢查。  
二、有關傳染性疾病檢查。  
三、有關精神疾病檢查。  
前項檢查專案，由中央主管機關定之。



- 第 7 條 (主管機關之職責)  
主管機關應實施左列事項：  
一、生育調節服務及指導。  
二、孕前、產前、產期、產後衛生保健服務及指導。  
三、嬰、幼兒健康服務及親職教育。

- 第 8 條 (避孕器材及藥品使用)  
避孕器材及藥品之使用，由中央主管機關定之。

### 第三章 人工流產及結紮手術

- 第 9 條 (人工流產之條件、同意及標準之訂定)  
懷孕婦女經診斷或證明有下列情事之一，得依其自願，施行人工流產：  
一、本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。  
二、本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病者。  
三、有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。  
四、有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞者。  
五、因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相奸而受孕者。  
六、因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活者。  
未婚之未成年人或受監護或輔助宣告之人，依前項規定施行人工流產，應得法定代理人或輔助人之同意。有配偶者，依前項第六款規定施行人工流產，應得配偶之同意。但配偶生死不明或無意識或精神錯亂者，不在此限。  
第一項所定人工流產情事之認定，中央主管機關於必要時，得提經優生保健諮詢委員會研擬後，訂定標準公告之。

- 第 10 條 (結紮手術之情形)  
已婚男女經配偶同意者，得依其自願，施行結紮手術。但經診斷或證明有下列情事之一，得徑依其自願行之：  
一、本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。  
二、本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病者。  
三、本人或其配偶懷孕或分娩，有危及母體健康之虞者。  
未婚男女有前項但書所定情事之一者，施行結紮手術，得依其自願行之；  
未婚之未成年人或受監護或輔助宣告之人，施行結紮手術，應得法定代理人或輔助人之同意。  
第一項所定應得配偶同意，其配偶生死不明或無意識或精神錯亂者，不在此限。  
第一項所定結紮手術情事之認定，中央主管機關於必要時，得提

經優生保

健諮詢委員會研擬後，訂定標準公告之。

第 11 條

（告知、勸導義務）

醫師發現患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者，應將實情告知

患者或其法定代理人，並勸其接受治療。但對無法治癒者，認為有施行結

紮手術之必要時，應勸其施行結紮手術。

懷孕婦女施行產前檢查，醫師如發現有胎兒不正常者，應將實情告知本人

或其配偶，認為有施行人工流產之必要時，應勸其施行人工流產。

**第 四 章 罰 則**

第 12 條

（非指定醫師而為人工流產或結紮手術之處罰）

非第五條所定之醫師施行人工流產或結紮手術者，處一萬元以上三萬元以下罰鍰。

第 13 條

（密醫而為人工流產或結紮手術之處罰）

未取得合法醫師資格，擅自施行人工流產或結紮手術者，依醫師法第二十八條懲處。

第 14 條

（罰鍰之執行）

依本法所處罰鍰，經催告後逾期仍未繳納者，由主管機關移送法院強制執行。

**第 五 章 附 則**

第 15 條

（有礙優生疾病之範圍）

本法所稱有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神病之範圍，由中央主管機關定之。

第 16 條

（費用之減免及補助）

接受本法第六條、第七條、第九條、第十條所定之優生保健措施者，政府得減免或補助其費用。

前項減免或補助費用辦法，由中央主管機關擬訂，報請行政院核定後行之。

。

第 17 條

（施行細則之訂定）

本法施行細則，由中央主管機關定之。

第 18 條

（施行日）

本法自中華民國七十四年一月一日施行。

本法中華民國九十八年六月十二日修正之條文，自九十八年十一月二十三日施行。