

# 尊重生命

## ——由優生保健法第三章第九條論胎兒 生命權的抉擇與維護\*

張淑美\*\*、陳慧姿\*\*\*

### 摘要

據估計台灣近幾年來每年約有數十萬的女性墮胎，絕大多數係根據優生保健法第三章第九條第六款「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者」作為墮胎的理由。也就是墮胎之真正理由，多數並非基於危及母體健康等考量，而是因為胎兒不是被期盼的，可能是因胎兒是女孩、家庭經濟困難、子女眾多不勝負荷、父母親太忙而不想擁有小孩、影響女性發展、非婚懷孕……等因素所造成。簡言之，多非基於優生保健的立意，反而是其他因素而造成墮胎浮濫、傷及無辜胎兒的情況。基於尊重生命的立場，實在值得從各種角度

---

\* 本文修改自作者發表於南華大學主辦「第五屆現代生死學理論建構學術研討會」，原題目為「由優生保健法第三章第九條第六款淺論女性對胎兒生命權的抉擇」。感謝三名匿名審查委員細心審閱。撰寫過程中感謝幾位學者、醫學專家及教師提供高見，使本文更具學術性與價值性。

\*\* 張淑美係高雄師大教育系副教授，負責本文架構、資料之組織與修改全文。

\*\*\* 陳慧姿為高師大生命教育碩士專班研究生，負責資料之蒐集、初稿之整理與撰寫。

審慎思辨女性對胎兒生命權的抉擇問題。

基於上述背景，本文從三方面探討胎兒生命權的問題：首先，分析優生保健法的源由及其對胎兒生命權的衝擊；第二，由法學、宗教、倫理與臨床醫學的觀點探討胎兒生命權的主張；第三，討論不同觀點對胎兒生命權的抉擇與處理，包括析論女性自主權與抉擇權的衝突；最後，本文提出多元的防治方案，強調事先防治與事後輔導的重要性，提出從修法、生命教育、醫療體系、社會資源和社會制度等方面來維護、關懷與尊重生命；希望社會大眾面對女性是否孕育生命及相關的墮胎議題時，能以更寬廣的角度去思維，進而研擬更尊重生命的作法。

**關鍵詞：**墮胎、優生保健法、人工流產、生命倫理、生命教育

# To Keep It or Not ?

## *On Woman's Right to Decide Fetus' Life*

Chang, Sue-May\* Chen, Hui-Tzu\*\*

### Abstract

In Taiwan, it is estimated that there have been hundreds of thousands of abortions taken place each year since the government passed the Genetic Health Law. Nonetheless, the reasons of the majority of those abortions were not due to protecting the health of the pregnant women or family life, which is of the spirit of the law, but because of the effects of aborting the “unwanted” children. The law seems to be overused, consequently, affecting many innocent lives. It is worthwhile to reconsider the fetus' right of life from various perspectives.

This paper explores the fetus' right of life from three aspects. First, it analyzes the core value of the Genetic Health Law and its impacts. Second, it studies several perspectives ranging from law, religion, life ethics, medical practice, female's right of choice, and psychology. Third, it also explores women's autonomy and options to a fetus' life. Finally, by emphasizing both pro-prevention and post-consultation, multiple approaches to address the issue are also proposed in the paper.

---

\* Associate Professor, Department of Education, National Kaohsiung Normal University

\*\* Graduate Student majoring in Life Education in the Department of Education, National Kaohsiung Normal University

Hopefully, by introducing those ideas, when dealing with abortion, people can be respectful of both mother's choices and fetus' right of life.

**Key words:** *Abortion, Genetic Health Law, Induced abortion, Life ethics, Life education*

# 尊重生命

## ——由優生保健法第三章第九條論胎兒生命權的抉擇與維護

### 壹、前言——法律保障了誰？由優生保健法第三章第九條第六款談起

人口數量與素質牽涉到國家人力結構，先進國家也都重視相關之人口政策。我國優生保健法於1984年通過立法，並於1985年1月1日施行，由於當時社會經濟的問題以及出生率過高，因此為提高人口素質、保護母子健康及增進家庭幸福，以及提供必須人工流產的婦女合法的法源，例如：因近親婚姻或有遺傳性、傳染性疾病或精神疾病，而致使胎兒有畸形發育的危險；或因被強制性交、誘姦等因素而受孕；或有其他醫學上的理由必須墮胎者（見附錄一）。但是，在臨床上，發現女性可能因長期服藥或其他醫療情況，在產前檢查出胎兒可能有缺陷，或是擔心胎兒是否健康而進行人工引產，雖然是基於擔心，但是也可能造成說不定將來對社會很有貢獻的人喪失來到人間的機會，這樣的決定是否值得再審慎評估與慎重抉擇呢？

根據相關數據與論述發現，近幾年來優生保健法有被不當誤用的傾向。釋昭慧（2004）推估，每年約有數十萬的婦女墮胎，而其中大部分係以優生保健法第三章第九條第六款「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者」為由，但

是其真正理由卻可能是因為重男輕女的觀念而犧牲女性胎兒；或是家庭經濟困難、子女眾多不勝負荷、父母親太忙而不想擁有小孩、非婚懷孕……等其他因素所造成。簡言之，目前墮胎大都不是基於優生保健的立意，卻造成浮濫而傷及無辜胎兒的情況，是否該款規定太不明確，值得商榷。釋昭慧（2004）直指上述條文過於寬鬆造成墮胎浮濫；天主教輔仁大學倫理中心艾立勤神父（國家政策研究基金會，2002）深覺該項條款太模糊，而且沒有周全配套措施，是很不人道的法條，極力呼籲該法條有修改的必要。但是，女性團體則呼籲社會大眾也應該尊重懷孕女性的自主權及選擇權。

究竟胎兒生命權和女性自主權何者為重的問題，雖然仍有爭議，但是如果因為認識或思考不周，或因為社會支持系統不夠，甚至於只是強調婦女自己的快樂與自由，而做墮胎的決定則有必要審慎思考研擬更周延的配套措施，以避免悲劇與遺憾不斷發生。

再者，我國婦女生育率逐年降低，情況越來越嚴重，墮胎「合法化」也可能造成促發因素。行政院衛生署（2004b）「鼓勵生育衛生教育宣導計劃」中指出，台灣地區歷年來的總生育率已經由1980年的2.5個，降到1990年的1.8個，而2003年的總生育率更下降到1.2個。現今我國的人口總生育率已經遠低於美國的2.0個和英國的1.6個，也比鄰近國家南韓、日本的1.3個少，僅高於香港、澳門的0.9個。另外，行政院衛生署國民健康局（2004a）統計資料顯示，育齡婦女一般生育率由1994年的55%降到2004年的34%；有偶婦女一般生育率也由1994年的97%降到2004年的68%。優生保健法施行前，每年約有四十萬新生兒，例如1981年有412,777個新生兒，自從1985年優生保健法公布實施之後，即有新生兒逐年減少而婦女墮胎人次增加的趨勢，例如1987年已降為313,282個新生

兒，2004年降至216,419個，2005年更降至205,854個（內政部，2005，見附錄二），而2004年的婦女流產人次為210,437人，幾乎和當年出生的嬰兒人數相當。但一般而言，真正的墮胎人數比官方統計資料可能高出數倍。

這二十年來生育率驟降（見附錄三、附錄四），或因社會的變遷、政治經濟的紛擾不安、婦女教育水準及勞動參與率的提高、高離婚率、家庭支持不足及育兒環境的不理想等等，都可能是導致現代男女不想結婚或不想生育的原因。但是，從婦女人工流產的數據發現，現代婦女對胎兒生命的選擇權似乎有被濫用的趨勢，優生保健法第三章第九條第六款的規定過於寬鬆模糊、RU486藥物的合法化與容易取得，可能使得新世代的年輕人在輕率發生性行為之後，也輕率用藥物墮胎，因而造成墮胎浮濫的現象。

綜上所述，可見優生保健法第三章第九條第六款的墮胎合法化相關條文，不僅不合時宜，更有間接造成墮胎率提高的情況，應該予以檢討。本文鑒於上述背景與尊重生命的立場，擬討論女性對胎兒生命權抉擇的問題，呼籲國人必須更加尊重生命。首先說明優生保健法的源由與立意，討論其對胎兒生命權的衝擊；第二，探討不同觀點對胎兒生命權的主張；第三，探討不同觀點對胎兒生命權的抉擇與處理；最後為結論與建議，將從修法、生命教育、醫療體系、社會資源和社會制度等多元的角度，以積極尊重與維護生命。期盼社會大眾面對女性是否孕育生命與墮胎抉擇時，能以更周延寬廣的角度去思維，以研擬出更尊重生命的作法。

## 貳、優生保健法的源由及對胎兒生命權的衝擊

### 一、優生保健法的源由與立意

優生保健法於1984年通過立法，於1985年1月1日施行、1999年12月22日修訂。第一條即揭示其立法的宗旨為：「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。」其主要目的乃是運用現代的醫學技術，透過婚前健康檢查、遺傳諮詢、產前遺傳診斷、婦幼保健指導及新生兒先天性代謝疾病篩檢等方法來發現有礙優生的疾病，並採取避孕、結紮、人工流產或新生兒治療等必要措施，來防止先天性缺陷兒或惡性遺傳的產生，以達到保護母子健康，提高人口素質的目的。制訂優生保健法的時代背景乃是因為社會經濟的問題，由於當時出生率過高，因此政府提出了「兩個恰恰好，一個也不算少」的家庭計畫，目的就是為了減少當時因避孕知識不足或意外懷孕導致出生率過高、人口過多的現象。

優生保健法雖然以所謂「保健」與增進家庭幸福為宗旨，但仍見政府以優生為由，希望新生兒的出生率能夠降低，期能提高人口的品質，似乎也隱含國家的「立意」（利益）；此外也為非預期懷孕的女性，提供一個合法的管道接受到較好的醫療。但是實施以來，許多婦女並非符合優生保健法第九條第一款到第五款，係因家族遺傳性、傳染性、精神病、胎兒畸形或被強暴等原因而進行人工流產，而是引用第六款「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者」（附錄一）。加上新新人類過於注重個體的利益及性生活的放縱，導致浮濫根據這項條文而「合法」施行人工流產，實有違優生保健的精神。而且，「提高人口素質」好像是透過

法律來淘汰不良人種（釋昭慧，2004），所以甚至連婦產科醫生及宗教團體都認定這個條文就是個「墮胎合法化」的法條。

## 二、優生保健法對婦女的保障

我國刑法對於墮胎罪設有處罰條款（刑法第二十四章墮胎罪中第二百八十八條到第二百九十二條），明令墮胎為犯罪行為，墮胎者可處六個月以下有期徒刑，為人墮胎者可處二年以下有期徒刑。然而，對於醫療上必要的人工流產則採取有限度的合法化。依據優生保健法第四條規定，所謂「人工流產，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的方法」。大多數支持墮胎合法化的人，大都關注在面臨特殊情境的婦女和非法墮胎對婦女與社會的嚴重傷害。根據關定遠（1986）的研究認為，優生保健法對婦女最大的保障是：

- (一) 婦女得以有條件的合法施行人工流產，並且可以選擇合格的指定醫師執行手術，婦女的健康及權益獲得保障。
- (二) 使家庭計畫工作推行得更臻完善，不但有合法途徑可協助避孕失敗之婦女，保護母體之健康，並且得以貫徹人口政策之實施。

基於保障婦女權益與人口素質，雖然優生保健法第九條之第一款至第五款均有明確醫學上的理由及判斷；然而，第六款卻過於概括與寬鬆，淪為給人工流產一個合法化的理由，而孕婦及醫事人員得以避開墮胎罪的處罰，使得原來立意可稱良善之優生保健法變成「惡法」，有違立法原意，更非當初催生優生保健法之社會團體所樂見。

### 三、優生保健法對胎兒生命權的衝擊

墮胎應該是孕婦經過仔細慎重考慮並經醫師審慎評估後，經由醫師使用人工方法拿掉子宮內的胎兒，醫學上稱為人工流產（郭素珍，2004）。《大英百科全書》對墮胎的定義為：「胎兒未發育到能獨立生存的階段（在人類約為妊娠二十週），便被排出子宮的現象。」台灣中華書局編的《辭海》對墮胎的定義為：「用藥品或其他方法，以侵害胎兒的生命為目的，而故意使之於自然生產之前脫離其母體也。」我國刑法對於墮胎罪之墮胎行為的定義為：「為阻止胎兒之生存，於其自然出生前，用人工方法將其排出體外的行為，或將其於母體內予以毀滅之行為，均屬墮胎。前者場合不以胎兒死產為必要，只要使胎兒早產，出生後雖活著，仍係墮胎。」而且根據優生保健的觀念，全民健康保險只給付優生保健法第三章第九條第一款到第四款（詳見附錄一），亦即因孕婦或胎兒身體健康的「治療性」之墮胎費用；但是對於非治療性需要的人工流產醫療費用，則不予給付。

優生保健法原立意於優生與保健，但根據中央健康保險局歷年施行人工流產及申請全民健康保險給付流產人次的資料顯示：2000年為44,822人次，而到2003年為41,003人次，但2004年激增到210,437人次，可能與RU486合法化有關。同時根據相關研究（國家政策研究基金會，2002；釋昭慧，2004）也認為90%以上的墮胎，都是引用「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者」的條文，加上墮胎藥物合法化的使用，造成許多非因危及母體或其他不得以情況的墮胎處理，嚴重傷害胎兒的生命權，並且傷及無辜胎兒與使其沒有出生的機會。所以，婦女、政府及立法相關人士是否應該更慎重地考量如何在維護女性自主權與胎兒生命權的抉擇

中，作更周延縝密的考量呢？

綜合上述，當初優生保健法的立法背景並未將思考重點放在「女性生育自主決定權」與「胎兒生命權的保護」上，反而是在人口政策的設計納入「人口數量與素質的考量」，以及為有墮胎需要的女性提供合法依據，豈料卻形成現今未必保護到女性的生命、身體和心理的健康（墮胎對女性的悲傷情緒是值得關切但尚未受到注意的問題），更對胎兒的生命權造成「合法」被剝奪的情況，實在應該重新檢討。

### 參、不同觀點對胎兒生命權的主張

生命權是指保障人的生物上、物理上的存在與不受侵犯的權利（陳世杰，2002），是一切權利的根本，理應受到保障。尊重生命及尊崇人權也更受到民主法治國家所重視，先進國家均明文保障人民的生存權與生命權。因此，對於「有可能」成為「位格人」（person）的胎兒，雖然「現在」未必具有理性與自覺，但是只要具有「潛力」（potentiality），就應謹慎處理涉及其生命的問題（顏厥安，1998）。

基於保障胎兒生命權的觀點，法律及宗教觀點傾向認為墮胎係近似於一種殺人的行為；但支持女性權利者則認為女性有其生育選擇權以及決定是否墮胎的權利；不同觀點與立場，對胎兒生命權的主張也有不同的看法。以下擬從法學上、宗教上、倫理學上及臨床醫學觀點分別討論對於胎兒生命權的主張，協助我們從較多元的角度來思辨這個問題，以釐析出更周延的保護胎兒生命權及女性抉擇權的作法（女性抉擇權於第肆部分論述）。

## 一、法學對胎兒生命權的觀點

我國的《民法》、《憲法》以及《世界人權宣言》均指出人的生存權高於一切，假使生存權跟自由權相衝突，生存權仍優於自由權。即使有些孕婦認為自己可以自由選擇，但是個人的自由是不能妨礙他人的生存，選擇自由其實是有限制的、相對的，在法律方面也有前後優先之別，因此人的生存權高於自由的選擇權。

我國民法第六條規定（自然人權利能力）：「人的權利能力始於出生，終於死亡。」第七條規定（胎兒的權利能力）：「胎兒以將來非死產者為限，關於其個人利益之保護，視為既已出生。」《憲法》第十五條規定：「人民之生存權、工作權及財產權應予保障。」此外，世界人權宣言第三條指出：「人人有權享有生命、自由與人身安全。」人類生存具有一定的天賦固有權利，生命權保護也應該從人性尊嚴理念出發，而在所有法律關於基本人權之保障中居最高法益的地位，受到最高規格之保障。

再者，刑法上關於人生命之開始以何時起算，即具有重要的法律意義。有認為刑法對於人之定義應與民法一樣，亦即以自然人之出生作為個人生命權保護之起點；也有認為生命是一持續進展之過程，出生前後之生命均是整體生命之一部分，無從分割，故對人之生命保障的時間點應提前至胚胎受孕開始而不應以出生為條件（甘添貴，2001）。

從法學的觀點而言，生命權是指保障人的存在及不受侵犯的權利，是一切權利的根本，特別是一切精神性權利依附的所在，應該受到保障（陳世杰，2002）。胎兒不是母親的財產，他有屬於他個人的尊嚴及生存的權利，生命法益在刑法上亦應受到絕對之保護（甘添貴，2001）；民法更規定胎

兒個人利益之保護，視為已出生。

綜合上述，每個人均享有生命權以及人身不可侵犯之基本人權，故人之生命不論其生命力之強弱、存活時間之長短、體質發展有無欠缺或係精神障礙等等，其對於作為一個人的價值均屬相同，人類的生命法益既然居於法律秩序所保護的最高法益地位，故如有其他權利與之衝突時，其他權利受保護的程度即應退讓。

## 二、宗教對胎兒生命權的觀點

### (一)天主教的觀點

天主教明確反對墮胎，認為墮胎是殺害無辜生命，違反天主的誡命。天主教認為人是由天主所造並賦予生命，人的生命自母體受胎之時，便由天主賦予靈魂，認為受精卵是靈魂及肉體的結合，所以天主教是反對墮胎，並嚴禁干擾自然生育及蓄意的墮胎，自1969年以來，美國天主教全國主教會議也秉持反墮胎立場，認為人從受孕的那一剎那起即成為一個具有生命的個體，而墮胎顯然是謀害生命的行為（王崇堯，1992）。

1987年羅馬天主教信理部《生命祭》（*Donum Vitae*）更進一步宣稱「人類必須得到尊嚴，即得到作為人的尊嚴，這種尊敬是從其存在第一刻即開始的。」並認為從卵子受精那一刻開始，一個新的生命就存在，接合子（俗稱受精卵）、胚胎乃至胎兒是位格人（人格個體），生命從接合子開始就應當視為人來看待（陳文珊，2004）。

### (二)基督教的觀點

基督教團體無明確的反對墮胎合法化，但基於不得殺人的原則，施行墮胎仍是罪過的（郭旭崧、莊人祥審定，

1996)。基督徒對於墮胎的看法，逐漸由道德的反對到妥協地允許少數情況下的墮胎，例如：基督教內各正統教會如長老會、衛理會、聖公會等則認為在危及母體安全、懷有畸形胎兒及被強暴懷孕的前提下，墮胎才可以合法，教會必須接受小的罪惡來避免產生更多病苦及破壞的結局，但基督教會仍認定隨己意的墮胎是不負責任的作法（王崇堯，1992）。

綜合上述可見，基督教對不得已情況的墮胎有比較寬容的對待，但也反對任意的墮胎，並且認為仍是有罪的。

### (三)佛教的觀點

佛教基於慈悲與眾生平等的觀念，是嚴禁殺生的。五戒中的第一條即為不殺生戒；《優婆塞五戒相經》中提到關於墮胎罪：「若為殺胎故做墮胎法，若胎死者，犯不可毀，是根本罪。若胎不死者是中罪可悔。」佛教認為墮胎與殺人同罪，不論被墮的胎兒已經成形，或尚未成形，凡是墮胎，便是犯殺人罪。大乘佛教的「無緣大慈，同體大悲」之理念，強調所有的眾生都有相同的內在價值、平等的生存權利與發展機會。佛教主張眾生平等，並沒有物種主義與人類中心主義的傾向，但由於「護生」理念，胚胎等同於「生命」，有著趨生畏死的本能，所以依照佛法，主張盡可能地保護胚胎，尊重其生存的意願（釋昭慧，2004）。

法鼓山聖嚴法師也認為，當受孕也就是父精母血組合時，新生命就已經開始，所以即使胎兒還沒成形、還在準備成人，也要把他當成一個人看待，所以只要懷孕了，不管成形或是未成形、不管何時墮胎，都是殺人罪，跟殺一個成人是同樣的罪過（聖嚴法師等，2003）。

### 三、倫理學對胎兒生命權的觀點

孫效智（2004）認為倫理學又稱道德哲學，探索「善是什麼」以及「如何擇善」。「善是什麼」是探討善惡是非的意義，例如可不可以有婚前性行為；而「如何擇善」則是在面對具體的道德困境時，例如分娩時若母子不能同時存活時，該如何處理及如何進行道德判斷等課題。不同的倫理學立場對墮胎的道德論述也不同。

西方學者康德認為結果並非判斷行為對錯的基礎，一個行為是否符合道德，要看該行為是否源自於善意志（good will），善意志是唯一不需要條件的善；只要一個行為動機是善的，結果好壞不會影響善意志的道德價值（林火旺，2004）。史懷哲醫生則認為善就是維護生命、促進生命、將可能發展的生命提昇到最高價值；惡就是否定生命、損害生命、壓抑可能發展的生命（梁祥美編譯，1999）。不過，以生命維護為善之考量，難免影響懷孕母體的權益，這當中就需要充分地辯證何種情況能保守最大的善意與結果。

天主教的神學倫理，認為接合子（受精卵）、早期胚胎是人（陳文珊，2004），所以反對墮胎。生命倫理學家認為研究什麼是生命，首先要回應到人是什麼的問題，可以從科學的（包括醫學的）研究，了解到人的生理與心理；另一個方面是哲學的研究，反省人的價值、人的意義或人之為人的特質在哪裡的問題（楊國鑫，2004），所以我們必須要尊重生命，才有開展生命價值與意義的可能。

中國儒家倫理學首重「仁」、「不忍人之心」，也是儒家道德價值根源之所在。賴文遠（2004）提出儒家面對墮胎議題時，還是依「不忍人之心」為主要的立論依據，對一切的存有皆有道德上的考量與關懷，基本上儒家精神是不支持

墮胎的。依儒家倫理學的角度而言，凡是男女自願意欲下的懷孕，皆不允許懷孕的母親選擇墮胎，除非胎兒和母親的生命不能並存時；而不是男女自願意欲下的懷孕，則可容許早期墮胎，但不允許懷孕中期胎兒已具有感知痛苦能力及其之後的墮胎，除非胎兒和母親的生命不能並存時。儒家認為面對這些道德兩難的困境，是容許可以採取非一般的處理，即作特殊的處理，而同時亦不失其道德依據的合法性。道德行動者的可貴在於他能反身而誠。李瑞全（2004）也提出懷孕者對不受歡迎的胎兒，也應有適當的道德規範之對待方式，認為男女明知有可能懷孕而不作預防，或事後反悔而墮胎，對所產生的胎兒是有道德上的欠負。

#### 四、臨床醫學對胎兒生命權的觀點

根據醫學之父希波克拉提斯的訓誡：「對於人類的生命，我將從其受胎開始，便致以最高的尊敬，即使自己受到威脅亦然，我將不運用我的醫學知識做出違背人性的事。」

（尹彙文譯，2005）已經成為現今醫學院校畢業生踏入醫生生涯的誓言，是以維護病人的生命為最重要的職責。

近年來，人權的發展大大地影響了醫學倫理，而醫學倫理也與法律息息相關，醫學倫理中許多最主要的議題都與人類生命的起始有關。國際社會近年來逐漸承認婦女的生育自主權，包括避免不想要的懷孕，但是墮胎長久以來是醫學倫理上意見最分歧的議題之一（尹彙文譯，2005）。這牽涉到醫師究竟是認定婦女或是胎兒才是其所對待的病人，不同的認定與對待，實際處理上就有不同的考量與衝突。張立明醫師（2003）論證各種醫學倫理觀點論述「胚胎算不算是一條人命？」的問題，提出綜合結論認為：「醫療的基本精神正是關心無助軟弱的病患，尊重每一個生命，這是醫者自古以

來受到敬重的原因」，並認為胚胎也是一條人命，其發育自接合子到嬰孩是連續的過程，無法自第四天、第七天或第十四天來切割，胚胎雖微小且尚無理性的能力，也無力爭取自己的權益，但若無倫理與科學上證明傷害他是絕對必要，就不應輕率地銷毀之。

承上，再回到醫師的誓言及其天職上來討論，醫生的職責應該是尊重生命，並盡其所能去挽救生命；面臨不同情況的病患及家屬，所以醫生應提供懷孕女性諮詢管道，讓女性明瞭整個懷孕的過程並引導如何去做心理調適，還要教導女性知道生命得來不易、學習尊重生命；若要墮胎可能會引起哪些生理及心理的風險，並盡量對懷孕女性做充分及明確地告知，以提供足夠的資訊讓婦女做抉擇（郭旭崧、莊人祥審定，1996）。郭素珍（2004）認為醫護人員有責任提供正確的醫療訊息給病患，並且告知人工流產對身、心的影響與後果，宜給予時間作充裕的思考與討論，使孕婦自己就可能治療的情況作審慎地抉擇。

綜合上述，每個生命都有其存在的意義，婦女如果不要這個胎兒，應該在最初就不要懷孕，不要懷孕了再去墮胎。因此，基於對生命尊重的法則，胎兒生命權的保護應優先於女性的自主決定權。

## 肆、不同觀點對胎兒生命權的抉擇與處理

### 一、女性生育自主權與對胎兒生命權的抉擇與衝突

#### (一)女性生育自主權

自主權可說是自律原則下的一種自我決定的權利，在諸

多的女性權利中，生育自主權是身體自主權最重要的一項指標（李素楨，2004）。女權主義者認為婦女生育的自主是婦女運動很重要的一環，其中墮胎自由亦是女性控制自己身體的權利，並認為「要不要懷孕是女性的一種基本人權」及「要不要懷孕應由婦女決定，不需法律來限制。」（劉仲冬，1998）女性主義認為墮胎權和平等權同等重要，女性應有被視為獨立個體的權利，也認為女性不一定要選擇成為母親，他們應該有控制自己身體的權利（郭國斌，2001）。

在整個懷孕過程中女性也受到較多生理和心理的影響，而且我國女性在婚姻中的付出與獲得不成比例，再加上近年來婦女的教育延長、事業投入、婚姻恐懼、雙生涯壓力、男性對婚姻的缺乏承諾與經營、女性對婚姻品質的高期待、對婚姻制度與法律的不滿、性不一定在婚姻裡以及單身生活較自由等原因（劉仲冬，1998），所以女權團體認為婦女有權決定是否要繼續懷孕；並認為假使一個婦女連自己的身體都沒有權利去控制，則這些女性也不容易掌握其未來的人生，所以女權團體主張墮胎是女性應有的基本權益。

女權主義者認為人並沒有向他人要求維持生命最低需求的權利，所以胎兒也不能要求自己的母親（孕婦）負擔自己繼續活下去的義務及任務。女性主義者常引用哲學家朱迪斯·賈維斯·湯姆森（Judith Jarvis Thomson）的觀點，認為母親是房屋的所有者，而胎兒是房客，也因為母親和胎兒並非不幸一起出租一個小房間的房客，所以當母親的生命與胎兒的生命發生衝突時，顯然，母親的生命權是高於胎兒的生命權，因為生命權不包括使用他人維持生命的權利（肖魏，2004）。

朱迪斯·賈維斯·湯姆森認為胎兒有生命的權利，但並不同時保證應給予利用他人身軀的權利，也不保證可以繼續

使用另一個人的身體，拯救一個人的生命只是一種慈善，而不是一種義務，法律不能爲了另一人生存的必要而犧牲一個人本有的權利，像支配他身體的權利（楊植勝等譯，1997，p11）；並對於是否要繼續生育，女性應擁有最大的決定權與抉擇權，也要受到法律適當的保護。因此，娃荏（Mary Anne Warren）認爲只要胎兒還沒有出生，胎兒的保存若違反了孕婦的意願，就是侵犯了孕婦的自由權、幸福權與自主權（楊植勝等譯，1997，p188）。

固然從女性主義的立場是強調有最大的自主權，但是，實際上還需要考慮許多現實的因素，尤其中國人較注重人際關係的緣故，所以中國婦女在考慮墮胎時，多半會顧及家人反應，而較少個人的意願。中國婦女對胎兒的生命權往往在上一代的期望與女性自由之間交戰，如果負有傳宗接代的壓力與期許，很可能就會陷入拿掉女胎的痛苦抉擇中，而未必是出於女性自主或者其自主其實是委屈於家人的期望。雖然，女性生育自主權從孕育階段開始，原爲權利擁有者的母親，可能因爲胎兒不同階段之成長，承擔著對胎兒一定程度的照顧義務，反而出現女性自主權相對減弱的現象。

## （二）女性對胎兒生命權的抉擇與衝突

婚姻雖然爲懷孕及新生命的延續，提供了合理性及合法性，但也因爲新生命的誕生，使得女性有了更多的負荷，有時也會阻礙女性去追求自己的理想及目標，也就造成女性自主權和胎兒生命權的抉擇與衝突。面臨墮胎的某些處境，仍必須站在他們的角度同理地考量，進而給予協助與關懷，而不是一味地譴責或污名化墮胎婦女的決定。

肖魏（2004）的研究提出大部分婦女進行人工流產的目的是避免成爲生物學意義上的母親，選擇流產實際上是選擇

終止與胎兒的關係。然而，李玉嬋與章薇卿（2005）的研究指出，避孕知識的不足是造成意外懷孕的最大因素，其次是不甚了解除了人工流產之外，還可以有別的選擇。同時考慮墮胎的婦女，通常不會被告知墮胎過程中真正會發生的狀況，以及墮胎可能對女性身體及情緒產生副作用，並受到流產症候群的影響（周安如譯，2003）。也就是說，如果提供婦女更周延的訊息與選擇，女性不一定是完全只是單純選擇自主權而已，胎兒的生命權也會影響其抉擇。

根據黃君綺（2000）對七位台大等高學歷且曾經墮胎過的女性做深度訪談，發現這些婦女要墮胎的主要原因，大多是因為孩子受孕的時間點不恰當，其研究發現即使是高學歷婦女在決定墮胎的過程中，也會為了逃避父母、婆家以及他人對個人私生活和生育選擇的注視與監控，而選擇單獨面對求醫過程中的不安與無助，醫療場所中以醫師為中心的醫病關係和以效率為目標的科層化現象，使他們反感但也少有反抗。就此，婦女選擇墮胎多非單純個人自主權因素考量，反而因為兩性觀念仍不平等、長輩對生育子女性別的期望、醫師權威與不夠尊重等情況之下，仍然無力地自己承擔結果。

此外，蔡淑芳（2003）的研究也指出有人工流產經驗的婦女，都有罪惡、不安、無助的感覺，心裡的苦大於身體的痛，認為自己和未出生的孩子無緣，人工流產是不能公開的生命經驗，婦女會選擇人工流產是有其不得已的苦衷，還發現婦女（不論已婚或未婚時）墮胎的原因，主要是考量到現實的因素、婚姻關係、自我身心狀況等條件，她們以能否負荷一個新的生命為最大的考量，在意家人或另一半的反應，而面對醫療過程的不安與無助也是常見的現象。

因此，當一位女性處於非計畫內的懷孕時，由於身心受到很大的壓力，常無法在保留胎兒與墮胎之間做理性的抉擇

（周安如譯，2003）。母職的工作將對婦女本人的生涯規劃、就業機會與自我決定皆造成重大影響。倘若想要墮胎的婦女，若她經過諮商及輔導後決定繼續懷孕，則勢必要承受更多的負擔和責任，並且也可能要在自己的理想目標與家庭期望中，重新做輕重緩急的安排。當懷孕的過程可能危及孕婦的健康，則此時墮胎是可以被一般社會大眾接受，也較不會有倫理道德的爭議。

## 二、法學對胎兒生命抉擇權的觀點

法律上對胎兒是否受到保障，係以其是否具有獨立存活的能力為準，一般以六個月為劃分，六個月之前婦女有墮胎抉擇權，但六個月之後則涉及刑責的罪罰；我國與美國的法律也是如此規範。我國刑法對於殺人罪及墮胎罪各異其處罰規定，輕重不同，為調和懷胎婦女自主決定權及胎兒生命發展權的衝突，並配合一般國民之法律感情及法律意識，故以出生前尚未具有獨立存活能力之生命，即懷孕後至二十四週前的期間，該期間的未熟兒應為胎兒，但如已經具有獨立之存活能力，即受孕起滿六月，則應視為人而不能單單僅視為胎兒（甘添貴，2001），否則對其個人生命權益之保障即有不周，故如受孕後已滿六月，則孕婦當已無自主決定是否進行人工流產手術之自由。

著名的1973年美國羅伊vs.威德（Roe vs. Wade）的案例中，當時德州一位已離婚卻又身孕的婦女Jane Roe，向聯邦最高法院提出上訴，控告德州法律不允許沒有婚姻關係的婦女墮胎，是違反憲法第十四條修正案第一款的自由權，即「憲法賦予人民的權利不能被州憲法減縮」（citizenship rights not to be abridged by States）（王崇堯，1992），裁決的結果是以7比2的票數支持婦女懷孕前六個月的墮胎權益。

美國最高法院也認為「額外的懷孕或額外的子女可能迫使婦女陷入不幸的人生與未來，……非依父母所願而生出的胎兒，將對相關人等帶來困擾，對於心理與其他方面已經無法照顧兒童的家庭而言，新生兒的來臨亦屬一大問題，其他情況還可能涉及未婚媽媽可能面臨額外的困境與持續的烙印。」

但美國法院也認為國家應保護潛在的生命，尤其是懷孕六個月以後，當胎兒具有生存能力時（江麗美譯，1995）。

### 三、宗教界對胎兒生命抉擇權的觀點

承前述宗教對胎兒生命權的看法，大致發現是傾向於維護，對女性抉擇權的觀點也傾向於審慎。2003年8月25日，輔大神學院院長艾立勤神父與「尊重生命全民運動大聯盟」，以天主教、基督教、佛教、道教、一貫道……等各宗教團體與倫理學家為聯盟主要成員，和當時的衛生署長陳建仁會面，積極爭取優生保健法的修法，艾神父建議取消第九條第六款，期能將法律上「准予人工流產」的範圍縮小，以免造成墮胎浮濫（鄒孟珍，2003），他認為不能把自主權絕對化，自主權的概念應有其底限。中華基督教衛理公會曾紀鴻認為個人的自由不可侵犯到別人的自由、本人的健康，以及社會所能接受的道德標準（國家政策研究基金會，2002）；皆是希望社會大眾能以審慎的態度，理性且合乎倫理地去面對生命的議題。再者，佛教界也是以眾生平等與護生的觀點，非常維護胎兒的生命權。

考慮是否墮胎時，胎兒的生命權和懷孕婦女身體自主權其實是很難兼顧的，孕婦身心利益與胎兒的生命利益，都必須作審慎而平等的考量（釋昭慧，2004），只能盡量在兩者之間衡量利益而做出抉擇。同樣地，釋慧開（2002）也提出

若以孕婦的立場對於腹中的胎兒而言，人工流產其實是一項攸關生死的抉擇，是需要慎重與莊重以對的。

#### 四、倫理學對胎兒生命抉擇權的觀點

傳統倫理學對女性在胎兒生命抉擇權上的看法有三：

保守派認為所有的胚胎都是人類，除非為了解救母親的生命，否則墮胎是永遠不合理；自由派則認為婦女進行墮胎在道德上永遠是許可的，必要的時候隨時都可以實施人工流產；溫和派則反對保守派禁止墮胎，因為它只注重一方面，它只關心胎兒的抽象權利，而忽略了生命的複雜性，他們也認為自由派太強調女性自主權卻忽略了胎兒的生命權，溫和派認為女性在做關於墮胎的決定時，母親的心理和胎兒的生命品質應該要列入考量，是較折衷的看法。（江麗美譯，1995）。

因此，從倫理學的角度，面臨胎兒生命權與女性自主權的抉擇，應充分考量各種情況，妥善評估並負起責任，盡量「兩害相權取其輕」。生命權有時不是絕對的，而是相對的，對於胎兒生命權的保護，則可能優先於女性的自我決定權，但由於個人意識的覺醒，隱私權受到重視，一旦潛在的生命和孕婦本身的利益相衝突時，要考慮到胎兒也是一個有生命的個體，並非只是孕婦身體的一部分，懷孕婦女的決定權並不能包含處分他人生命。

#### 五、醫學對胎兒生命抉擇權的觀點

若孕婦因懷孕將造成危及孕婦自身的生命安全，或基於優生學上、倫理學上、社會或緊急狀況的理由，無法期望孕婦繼續懷孕，而必須施予人工流產，則墮胎合法化是提供孕婦可以得到合法及較安全合理的醫療協助，此舉不是要鼓勵

女性墮胎，而是提供女性在不得已的情況下，可以得到合法及較安全的醫療品質。

婦女接受人工流產是侵入性手術，她有權被清楚告知事實的真相：包括手術的過程，對婦女身、心帶來的影響及可能的危險性（郭素珍，2004）。墮胎的處理方式對婦女的身心靈都會造成傷害，可能因手術而受到感染，也可能因而子宮受損影響以後的懷孕；可能導致心理上有罪惡感導致沮喪及情緒不穩定，並使婦女未來的人生受墮胎陰影的影響（周安如譯，2003）。

醫生在面臨婦女對胎兒生命的抉擇時，按照醫師的職責應該要提供懷孕女性諮詢協助，讓女性明瞭整個懷孕的過程，要如何去做調適；並使其知道生命得來不易，若要墮胎可能引起哪些生理及心理的風險，亦即要負起妥善的充分告知與提供資訊的倫理責任，並尊重婦女的「告知後同意權」。

台灣婦女對醫療權威的態度大都是傾向於信任和服從的。根據黃君綺（2000）的研究認為：婦產科醫生對於未婚者而想墮胎者，大多數傾向於依婦女自己的意願而定。因為，醫師大都能體恤未婚者有社會及道德上的壓力，也認為未婚者墮胎在日後較不會引起爭議或糾紛。但對於已婚者，則大多數醫生希望他們能再三思考，並希望他們能利用家庭及社會資源，在懷孕的九個月中好好去做好準備，一起去營造適合胎兒的環境。

醫師以救治生命為天職，理應尊重胎兒的生命權；唯在特殊對婦女造成身心威脅情況，不得已而協助人工流產。只是在臨床上的實際情況，則有待考驗婦產科醫師個人的倫理道德思辨與抉擇了。

## 六、胎兒生命權的抉擇與處理——以美國和台灣的趨勢為例

### (一)美國方面

在美國，為避免女性以墮胎來阻止非預期性的胎兒，依1992年美國最高法院的裁定，認為女性在墮胎之前必須先聽完州政府所舉辦的特定演講，並有一個24小時的猶豫期，未成年者須先徵得父母其中一人的同意或法院的裁示，醫護人員須向政府做詳細的提報。

現今美國有些州規定婦女必須等候一段時間（約24小時），在獲得有關墮胎的資訊，充分了解後再同意墮胎；也有某些州規定，婦女墮胎必須是在獲得相關資訊後，未經強迫而自由做的決定，並且要簽同意書以茲證明（郭國斌，2001）；美國現今也取消了墮胎必須經過配偶同意的限制。這幾年來，美國對墮胎事件的看法逐漸演變成下列兩種情況（王崇堯，1992）：

1. 贊成墮胎者（Pro-abortionists）或稱為支持選擇權（Pro-choice）：主要是考慮到法律、醫學、社會、經濟的因素，認為要不要繼續懷孕的權利，應完全由懷孕婦女決定。
2. 反對墮胎者（Anti-abortionists）或稱為支持生命（Pro-life）：主要是以宗教信仰、倫理道德的觀點為前提，認為人類生命始於受孕之時，因此墮胎就是一種謀殺生命的行為。

美國已經將個人隱私權擴大到對胎兒生命的決定權，美國高等法院確認墮胎為婦女隱私權之一，並承認懷孕前六個月，女性有權自由選擇是否墮胎；認為「終止或繼續懷孕」對女性所帶來的衝擊不下於「結婚」或「避孕」（郭國斌，2001）。

## (二)台灣方面

根據財團法人國家政策研究基金會（2002）在2002年12月31日所舉辦的「多元觀點探討優生保健法修正案」座談會的會議紀錄，指出國內每年約有五十萬名婦女墮胎，其中96%婦女都援引優生保健法第九條第六款，認為此款條文過於浮濫。前立法委員江綺雯女士於2002年10月18日在立法院提出「優生保健法部分條文修正草案」，建議政府在婦女實施人工流產前，能提供婦女接受心理諮商師或精神科醫師輔導，並需有六天的等待期，始得進行手術，此提案普遍獲得宗教團體的支持。

前立法委員高明見先生於2003年5月21日在立法院提出「生育保健法修正草案」，建議將優生保健法更名為「生育保健法」，並加強生育健康教育，希望政府設立青少女人工流產的諮詢管道，提供婦女更多的資訊，並希望廢除人工流產時的配偶同意權的規定，此提案獲得婦女團體的支持。

衛生署也根據專家學者的意見，針對優生保健法第九條第六款「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭幸福者」而施行人工流產的婦女，將規劃提供婦女做諮商及要求三天的思考期（鄒孟珍，2003）。另外，若未成年少女懷孕，而使其懷孕的加害者又是其法定代理人、相關人或另有特殊情形時，按現行優生保健法規定：受性侵害的少女，若要墮胎需得到法定代理人的同意。若遇到此特別案例，應設立第三管道，指定公設或法定代理人制度，使受孕少女經過輔導與諮商的過程以尋求最好的解決方式。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

墮胎的核心問題其實是生命神聖的本質，「生命神聖」觀點主張生命是無條件及有價值的（陳瑞麟等譯，1997）。基於尊重生命的原則，吾人應嚴肅地考慮墮胎的種種情況，希望每一個新生命都是在歡欣和期待之下誕生，才可使新生命享有生活的尊嚴和品質。綜合前面的各項討論，本文提出如下結論：

(一)法律條文過於寬鬆造成墮胎浮濫，威脅胎兒的生命權。

優生保健法第三章第九條第六款「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者」的條文界定模糊且太過於寬鬆，不僅未必保障婦女的生育安全，反而可能造成墮胎的浮濫，實在有修法的必要，已有相關論者提出修法的建議。

(二)不同觀點對胎兒生命權傾向維護、女性抉擇權傾向審慎。

不管是從法學、宗教、倫理學與醫學的觀點看胎兒生命權與女性決定是否墮胎的自主權之看法，大都傾向於維護胎兒生命權，除非危急母親生命或者其他特殊的情況。

(三)應尊重與關懷特殊情況必須墮胎的婦女，但女性有絕對自主權則宜再思辨。

雖然從女性自主權的觀點仍應予以尊重婦女的墮胎抉擇，有許多懷孕或生育的情況，確實對婦女身心造成極大的折磨與痛苦，著實值得同情與尊重，也需要給予更多關懷與協助。但婦女及其關係人仍不宜逃避自己先讓生命受孕的事實或責任，不宜完全不顧胎兒的生命權，而輕率去掉一個「生命」，而不是如朱迪斯·賈維斯·湯姆森（Judith Jarvis

Thomson) 所說的一個「房客」，房客是可以自由行動與抉擇的，仍然可以找到其他住處而獨立生活的。

#### (四)應研擬相關配套措施，以更積極的方式尊重生命。

與其事後抉擇的困擾，毋寧事先充分考量，我們認為治本之道在於加強生命關懷的教育；萬一意外或不幸情況的懷孕，除了應有充分保障與協助的法律之外，其他配套的措施也不容忽略；還有事後的輔導與關懷等等，是更應該致力的。我們認為必須更積極尊重生命，包括照顧到懷孕與墮胎女性的身心靈，更能保障與照顧胎兒的生命權與生命品質。

## 二、建議——超越抉擇衝突的出路

承上所述，本文提出如下各方面的建議，也許未能解決胎兒生命權抉擇的爭論，但基於積極尊重生命的立場，希望避免墮胎悲劇一再輕易地發生，更進而協助解決可能問題，共謀提昇生命的尊嚴與品質。分述如下：

### (一)對於優生保健法修法的建議

#### 1. 增加給予擬墮胎婦女三至六天的思考期

從上述不同觀點對胎兒生命權的主張，大都傾向於維護，認為胎兒的生命權是優於婦女的選擇權，除非危及母體的生命。若確定懷孕婦女是處於生命受到威脅或有身心靈無法回復的損傷，則此時是可優先考慮母親的選擇權，但應給予一段合適的冷靜思考期。本文綜合相關主張提出給予懷孕婦女思考決定期，以三天到六天為限，以協助婦女做較周延的判斷，原因如下：

- (1)根據李玉嬋與章薇卿(2005)的研究指出，一旦婦女到醫療院所進行人工流產者，心中大都早已做好決定。而且懷孕七週胎兒已有心跳，而過長的諮商期，

容易造成婦女將來內心的創傷及罪惡感。

- (2) 每一個女人的情況都是獨特的，每一個個案都要依據當時的情形來權衡一切利弊，協談是提供女性所有想知道的資料，協談者必須是思想開明、不要心存偏見，要能顧及所有相關的人，以謀得最妥善的抉擇（王伍惠亞譯，1975）。

每個個案情況皆不相同，如果能在政府及社會福利機構提供相關的服務與協助之下，經醫生、社工人員、懷孕婦女及其家人一起諮商與評估，再由婦女經多方的思考及衡量來做決定，應該能夠較為妥善。由於胎兒成長的時間不同，以致所採用墮胎方法的安全性，便會各有差異，綜合前面關於思考期期限的說法，給予婦女三天到六天的冷靜期，是較為折衷合適的。

## 2. 增加給予擬墮胎婦女的諮商輔導措施

在冷靜思考期之間應給予擬墮胎婦女諮商輔導的協助與關懷，相關專業人員應從各種不同的角度去思考及積極面對問題，有助於尋求更好的解決方案；並且協談及輔導評估項目及流程要具體化、立場要中立、能客觀的分析問題，並能設身處地以懷孕婦女的立場去思考。輔導的步驟如下（王伍惠亞譯，1975）：

- (1) 協助懷孕婦女闡明問題，並了解自己的情況。
- (2) 協助釐清懷孕婦女的懼怕、憤怒、羞恥及抑鬱等感覺，並能協助懷孕婦女解釋自己的情緒。
- (3) 協助懷孕婦女認清事實，並能將自己生或不生小孩的正反意見及處境具體條列並做利弊分析。
- (4) 審慎考慮各種可採取的途徑，也要考慮其他選擇，以免日後後悔。

(5)在三天到六天的思考決定期中，心平氣和地下決心，確定事情已經做好現階段最明智的抉擇。

諮商輔導措施尚須包括事後的悲傷輔導與關懷，墮胎婦女不管是基於何種因素，應該都有輕重不同的悲傷痛苦，應該給予後續的關懷、輔導與協助的支援系統，以免婦女因罪惡感陷入更深沈的悲傷，或因而受到靈異說法的困擾甚至於受騙。

### 3. 設立公設或法定代理人制度

若未成年少女懷孕，而使其懷孕的加害者又是其法定代理人、相關人或另有特殊情形時，應設立第三管道（社工人員、婦女團體、輔導人員等），指定公設或法定代理人制度，使受孕少女經過輔導與諮商的過程以尋求最好的解決方式。

## (二)生命教育與兩性教育實施之建議

### 1. 積極推動生命教育

孫效智（2004）指出：「生命教育即探究生命中最核心議題並引領學生邁向知行合一的教育」，包括：

- (1)終極關懷與實踐：涉及人生最終極的課題，包含人生哲學問題、死亡教育課題，以及有關信仰的宗教教育課題。
- (2)倫理思考與反省能力的培養：涉及倫理學或道德哲學的範疇，倫理學首重思考與反省，探索「善是什麼」以及「如何擇善」等課題。包括基本倫理學與各項應用倫理學。
- (3)人格統整與靈性發展：屬於人的身心靈與知情意行各層面的全人發展。

張淑美（2006）認為生命教育的面向包括：人與自己、

人與社會、人與自然，乃至人與宇宙的關係之聯繫與建構；課程目標包括認知、情意、行為與價值等層面。特別強調關懷的情操與實踐的行動，使吾人的生命能達致全人的開展，展現生命的意義與價值，更希望整個生存的環境也是一個有機發展的大我與整體生命觀的發展。

從上述生命教育的定義與內涵可見，如果國人能夠接受生命教育的薰陶與思辨，我們的社會價值觀應該會更朝向積極正向的良善目標開展，尤其和墮胎有關的倫理思考與反省，包括基本倫理、性愛倫理、生命倫理的辯證，應該能夠提供當為與不當為抉擇的較周延考量；抉擇之中，對於生命終極關懷的思索、靈性的考量，應該也可降低輕率墮胎的決定。

## 2. 加強兩性教育

學者認為台灣既有的性教育要重新概念化，要重新結構其中的理論基礎與實踐內涵，落實性別平等議題（游美惠，2005）。在學校教育方面，在兩性教育及生命教育中加強兩性關係與負責任的性愛，促進兩性的自我了解、兩性之間的人我關係，達到尊重生命、為生命負責的態度。不是一味灌輸女性要自保，更重要的是加強男性對女性的尊重，以及兩性之間真正的愛與關懷的理念與實際，擴而大之就是對人的生命權與各種權利的尊重，自然包括是否發生性行為以及可否墮胎的思辨，而不只是女性的責任與抉擇之困擾。

根據教育部（2002）的研究指出，近年來也發生國中小少女廁所生子及產後棄嬰的情況，所以十五歲以下的懷孕少女也屬於高危險妊娠的族群。在教育及輔導上應該提供避孕、懷孕及生產的相關資訊，確實做好個人生育計畫，尊重胎兒生命的獨特性。再者，針對懷孕、曾懷孕與養育子女的

學生，各校更要主動給予關懷與協助。

### (三)在醫療與社會資源方面

#### 1. 應加強婦產科醫護人員之醫學倫理與諮商教育

直接協助婦女面對胎兒生命權抉擇的第一線婦產科醫護人員，應該加強生命倫理以及諮商輔導的知能，不僅需在職前階段加強基本倫理學與醫學倫理學的思辨，在職階段也應有針對實際案例進行多方面辯證，以提供醫護人員自己做最正確的立場抉擇，進而幫助懷孕女性及其家屬作最完善的決定。

婦產科相關醫護人員在面對女性因不可抗拒的因素做人工流產時，應協助婦女將想要墮胎的理由一一釐清，然後再詳細評估及考量每一個理由及如何處理較妥當，希望能從不同的面向去思考，以減少未經深思熟慮的人工流產；另一方面應盡量提供避孕及人工流產的風險相關資訊給有需要的女性，保障婦女知的權利，並建構一套完整的評估及協助計畫。

如果審慎判斷後認為懷孕婦女確實有因懷孕而影響其家庭生活或心理健康之情形時，應建立制度而與身心科之專業醫師再次會診，以多人之專業判斷來決定該婦女應否接受人工流產手術，如此對懷孕婦女的保障更為周到，亦可避免婦產科醫師一己的專斷。

#### 2. 建立與生育相關的網路對話平台，重視關懷生命的議題。

為提高國人對生育保健之相關知識並提供最新訊息，建議由行政院衛生署設立與生育及人工流產相關的諮詢網站，內容須包含尊重胎兒生命，並提供法律、宗教、倫理、醫學、家庭與婚姻等不同的觀點對墮胎議題的看法，以增加欲墮胎者對相關知識的認知，並能有專業人士負責並即時回答

有需要者的提問；此外，提供能確實保障隱私與完善諮詢及陪伴的社會機構資料及諮詢電話。

### 3. 政府協助相關非營利組織推廣兩性與生命教育活動

民間已有許多關懷兩性與生命教育的非營利組織，例如：杏陵醫學基金會每個月有「杏陵天地」期刊，並在1996年1月成立「性教育輔導專線」，提供較隱私協助社會大眾。樹德科技大學有「性教育種子隊」，以社團方式結合學校與社區資源可到各校去推廣兩性與生命教育。又如勵馨社會福利基金會成立的宗旨是「反雛妓」，分別於1994年、1998年設立「蒲公英關懷輔導中心」、「蒲公英兒少治療中心」，協助被性侵害之婦女、兒童與青少年。政府應加強協助相關非營利組織推廣兩性與生命教育活動，並建立更緊密的合作與支援網路，提供事前防治、危機介入與事後防治的完善關懷生命的資源系統。

## 四) 社會政策的建構方面

### 1. 建立完整的社會福利配套措施

建構能妥善照料意外懷孕者生活（包括身、心、課業及技能等的訓練）、安排日後小孩收養問題等相關事宜的單位，以提供不幸婦女懷孕更人道的因應與救助系統。政府應設計完整的配套措施，協助因經濟因素或未婚懷孕而想墮胎者，提供適合的工作機會，使其有足夠的經濟能力來養育小孩；並能為未婚懷孕者及家庭有困難者，設立臨時中途之家，例如天主教福利會、天主教善牧基金會、勵馨基金會、基督教救世會及基督教門諾會花蓮善牧中心（輔仁大學神學院生命倫理研究中心，2004）皆提供有需要的孕婦待產；並能設置良好的領養系統，提供良好的認養制度，增加新生兒生存權利的保障。

## 2. 提供三歲以下幼兒照顧服務

爲了使職業婦女不要因爲經濟與工作的考量，擔心幼兒無人照顧，而有生育或墮胎之衝突，加強對幼兒的照顧福利措施是很重要的協助。根據經濟合作發展組織（Organization for Economic Co-Operation and Development；簡稱OECD）研究指出，減稅和現金貼補未必能提高生產意願，但提供幼兒照顧，使婦女無後顧之憂和生育率卻有正相關，北歐、加拿大、美國、紐西蘭等幼兒托育較完善的國家，生育率都高於平均值（引自行政院衛生署，2004）。

## 3. 加強對在學懷孕女性的受教權

懷孕的女性學生經常在繼續求學與妊娠中抉擇（駱俊宏，2005），其身心靈的煎熬與社會對其可能的苛責與壓力，對未婚懷孕青少年而言，無疑是雪上加霜、多重傷害。他們的受教權與基本人權應該受到尊重與協助。教育部於2005年6月公告實施「教育平等法施行細則」，規定各級學校需落實照顧懷孕學生權益，同年7月28日又制訂「學生懷孕事件輔導與處理要點」，希望各校修訂學則、教學內容，並提出學生懷孕事件的處理模式，研擬提供懷孕女性補救教學、補考及心理諮商輔導，提供友善的校園環境。雖然事前的生命教育與兩性教育才是根本，但是事後的協助與對生命權的尊重、受教權的照顧，也是尊重與關懷生命者需盡的心力。

## 陸、結語——自由誠可貴，生命更重要

本文基於尊重生命的立場，鑑於我國墮胎現象浮濫，已嚴重威脅胎兒的生命權的現象與問題，分別從優生保健法法源、各種觀點，包括法學、宗教、倫理學、醫學以及女性主

義的觀點析論胎兒的生命權與抉擇權，至盼政府與國人應更嚴肅看待這個問題，應思考更治本與兼顧治標的法律、政策制度與教育輔導措施，以尊重與維護生命尊嚴。

我們認為醫學的進步，不是要及早知道胎兒的情況而去選擇墮胎，而是及早了解可能的影響而能事先調適與準備，尋求最佳方式妥善照顧孩子。懷孕的女性因合法的特殊情況，經過深思評估繼續妊娠是處於生命受到威脅或有身心靈無法回復的損傷，本文認為應給予三天到六天的冷靜思考期，並經過醫師、社工人員、心理師等專業人員給予懷孕婦女及其家人詳盡的輔導與諮商後，再決定是否墮胎，並應持續給予關懷與協助。社會大眾也應給予關懷，不宜污名化或無情地譴責。如果婦女有不得不墮胎的因素，在懷孕的過程中可能會心態不健全，對將來小孩的養育與發展也會造成問題。但如果經過輔導諮商後，決定要排除萬難把胎兒生下來，並盡力撫養，則政府及社福機構亦應盡力協助。

總之，面對現今社會上各種失序的現象，若想要減少墮胎的風氣，必須在教育上及心靈淨化上多加努力，包括政府、社會、學校與家庭各層面，讓吾人省思與探索自己生命的意義和價值為何，從內心建立健康積極的人生觀與生命觀，讓每個人從小就能培養愛心和同情心，懂得去關懷自己、他人、社會與環境。

史懷哲非常強調：「尊重生命。」他認為若想重建文明，必須重建世界觀與人生觀（梁祥美編譯，1999）。吾人需要用心去體會生命的尊嚴與可貴、珍惜生命，對生命抱持謙卑與敬畏，人無法單獨地在社會中生存，而是和其他有緣人共存於這個世界，要對自己及他人的生命給予同樣的尊重。生命，也許有所缺陷，也許不盡完美，只有誠心接受生命中的缺陷，才能在不完美中成就另一份完美；只要我們勇

敢並坦誠面對，一樣可以綻放出最珍貴的生命光芒，並能在自己有限的生命裡，發揮無限的價值，成為熱愛生命及認真生活的典範。

## 附錄一：優生保健法第三章 人工流產與結紮手術

第9條 懷孕婦女經診斷或證明有下列情事之一者，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、本人或其配偶之四等親以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病者。
- 三、有醫學上的理由，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、有醫學上的理由，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姦而受孕者。
- 六、因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者。

未婚之未成年者或禁治產人，依前項規定施行人工流產，應得法定代理人之同意。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。

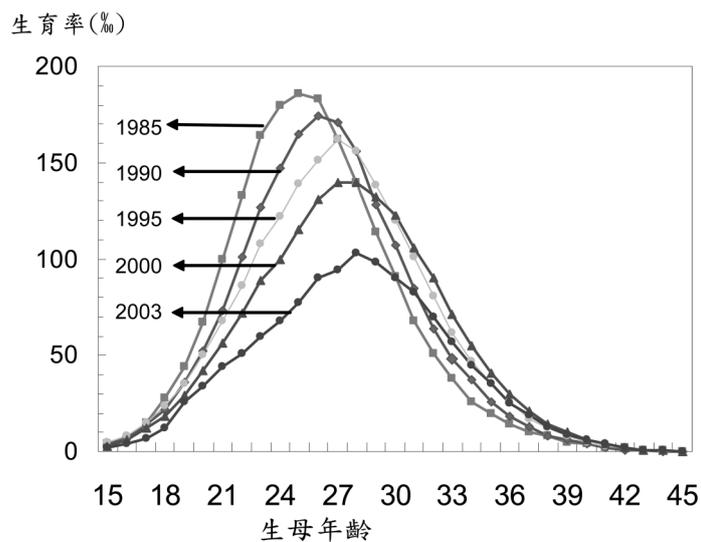
第一項所定人工流產情事之認定，中央主管機關於必要時，得提經優生保健諮詢委員會研擬後，訂定標準公告之。

## 附錄二：台灣地區歷年出生人數

西元年	出生人數
1981年	412,777人
1987年	313,282人
1991年	321,276人
2000年	305,312人
2001年	260,354人
2002年	247,530人
2003年	227,070人
2004年	216,419人
2005年	205,854人

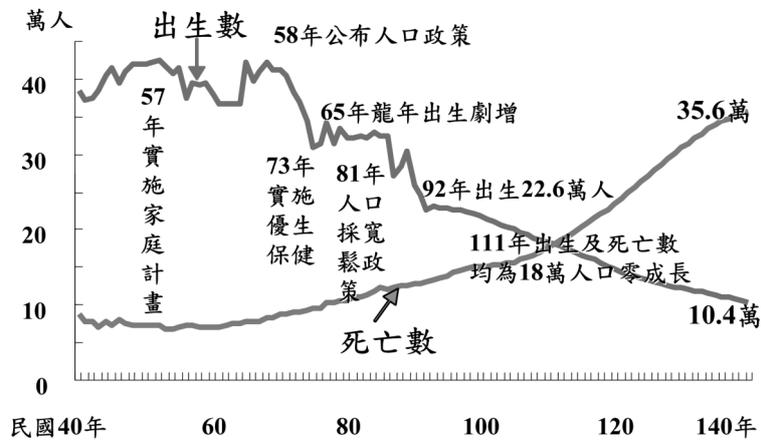
資料來源：台閩地區戶口統計（內政部）

## 附錄三：歷年台灣地區育齡婦女年齡別生育率變化趨勢圖



資料來源：台閩地區人口統計（內政部）

### 附錄四：台灣未來人口轉型趨勢圖



資料來源：經建會中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計

## ◆ 參考文獻 ◆

- 內政部 (2005)。《臺閩地區戶口統計》。台北市：作者。
- 尹彙文 (譯) (2005)。John R. Williams 著。《世界醫學會醫學倫理手冊》。台北市：中華民國醫師公會全國聯合會。
- 王伍惠亞 (譯) (1975)。梅士著。《墮胎：一個大難題》。香港：基督教文藝出版社。
- 王崇堯 (主編) (1992)。《當代問題與基督教思想》。台北市：永望文化事業有限公司。
- 甘添貴 (2001)。〈人工流產與殺害胎兒〉。《台灣本土法學》，19，115-124。
- 行政院衛生署 (2004a)。《公務統計——九十三年公務統計年報》。台北市：作者。
- 行政院衛生署 (2004b)。《「鼓勵生育」衛生教育宣導計畫》。台北市：作者。
- 江麗美譯 (1995)。Louis p. Pojman 編著。《生與死：現代道德困境的挑戰》。台北市：桂冠。
- 李玉嬋、章薇卿 (2005)。《早期人工流產成年婦女之悲傷輔導需求探討》。南華大學生死學系所主辦：第五屆現代生死學理論建構學術研討會，12月10-11日，1-21。
- 李素楨 (2004)。〈台灣女性的生育自主權之問題與權利分析〉。《應用倫理研究通訊》，31，15-22。
- 李瑞全 (2004)。〈從儒家倫理論母親胎兒關係〉。《應用倫理研究通訊》，31，56-61。
- 肖魏 (2004)。〈母親與胎兒關係的倫理爭辯〉。《應用倫理研究通訊》，31，2-6。
- 周安如譯 (2003)。南西米菡 (Nancy Michels) 著。《幫助婦女從墮胎中得到醫治》 (Helping Women Recover form Abortion)。台北市：基督教橄欖文化。
- 林火旺 (2004)。《倫理學》 (二版)。台北市：五南。
- 孫效智 (2004)。《高中生命教育選修課課程規劃理念與展望》。周大觀文教基金會與彰化師大主辦：高中「生死關懷」新設課程教學研討會，5月22-23日，109-114。
- 國家政策研究基金會 (2002)。「多元觀點探討優生保健法修正案座談會」，張瓊玲，薛承泰主持。台北市。
- 張立明 (2003)。〈人之初——人類胚胎幹細胞的爭議〉。《醫學教育》，2003，7，217-229。

- 張淑美 (2006)。〈師資培育階段「生命教育」課程之實施與省思〉。收錄於張淑美著，《「生命教育」研究、論述與實踐——以生死教育為取向》(初版二刷)(209-226)，高雄市：復文。
- 教育部 (2002)。「中學階段未婚青少年懷孕之學校因應措施研究計劃」。台北市：作者。
- 教育部 (2005)。「學生懷孕事件輔導與處理要點」。台北市：作者。
- 梁祥美 (編譯) (1999)。喬·曼頓等著。《非洲叢林醫生史懷哲愛與實踐的一生》。台北市：志文。
- 郭旭崧、莊人祥審定 (1996)。《山城杏話醫學生談醫學倫理》。台北市：合記。
- 郭素珍 (2004)。〈護理人員對協助人工流產的倫理衝突〉。《應用倫理研究通訊》，31，7-14。
- 郭國斌 (2000)。《從美國墮胎議題的爭議論「生命權」與「自主權」的價值衝突》。中國文化大學美國研究所碩士論文，台北市。
- 陳文珊 (2004)。〈前胚胎道德地位與母胎關係芻議——試論基督宗教的觀點〉。《應用倫理研究通訊》，31，36-47。
- 陳世杰 (2002)。《墮胎罪的研究》。東海大學法律學系研究所碩士論文，台中市。
- 陳瑞麟等譯 (1997)。Louis p. Pojman 編著。《今生今世：生命的神聖、品質和意義》。台北市：桂冠。
- 游美惠 (2005)。《性別教育最前線多元文化的觀點》。台北市：女書文化。
- 黃君綺 (2000)。《高知識婦女的墮胎醫療經驗》。國立台灣大學建築與城鄉研究所碩士論文，台北市。
- 楊植勝等譯 (1997)。Louis p. Pojman 編著。《生死的抉擇：基本倫理學與墮胎》。台北市：桂冠。
- 楊國鑫 (2004)。〈生命倫理學的一個方法論的建議〉。《應用倫理研究通訊》，31，70-79。
- 聖嚴法師、單國璽樞機主教 (2003)。《生命的價值》。台北市：財團法人法鼓山佛教基金會。
- 鄒孟珍 (2003)。《優生保健法修法準備過程之觀察》。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文，台南市。
- 輔仁大學神學院生命倫理研究中心 (2004)。《殘蝕的理性——人類墮胎現況的反思》。台北市：輔仁大學神學院。
- 劉仲冬 (1998)。《女性醫療社會學》。台北市：女書文化。
- 蔡淑芳 (2003)。《已婚婦女人工流產經驗與婚姻關係之研究》。國立彰化師範大學輔導與諮商學系在職進修專班碩士論文，彰化縣。

- 賴文遠(2004)。〈從儒家之觀點看「墮胎」之議題〉。《應用倫理研究通訊》，31，48-55。
- 駱俊宏(2005)。〈探討E世代青少年未婚懷孕學生受教權之相關議題〉。《空大學訊》，355，151-156。
- 顏厥安(1998)。〈生命的意義不必然在繼續活下去——由彼得辛格的觀點談安樂死問題〉。《當代》，第一二六期，86-96。
- 關定遠(1986)。〈優生保健法之立法旨意與實施概況〉。《醫事法學》，第一卷第五、六期，68。
- 釋昭慧(2004)。〈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》，31，23-35。
- 釋慧開(2002)。〈生死的省思——從生死的探索到現代生死學建構課程〉。《台灣醫學人文學刊》，3，82-102。