

阻礙墮胎的城牆和磚瓦

江盛 (馬偕紀念醫院婦產部資深主治醫師；
馬偕醫學院醫學系助理教授)

現在女人生產的死亡和罹病率遠比墮胎大，當代墮胎的困難主要是文化和道德的干擾，雖然墮胎界線難能一致，但本文提出阻礙婦女墮胎的現況。

(1) 貧窮和弱勢

近七成的墮胎者屬經濟弱勢，貧窮婦女不想要的懷孕比和高收入者的 5 倍，未計畫懷孕比則為 6 倍。過去二十年，貧窮婦女不想要的懷孕比逐漸上升，高收入婦女則下降。

(2) 逆向轉診

台灣大醫院醫師經常將墮胎案例逆轉基層診所，即使法律規定墮胎逾 12 週應在醫院住院施行，突顯醫院醫師築高墮胎障礙的圖像。醫院大型化使醫師易遭受部門和機構的干涉，合法墮胎遭到拒絕的原因還包括醫師畏懼醫療糾紛及部門/機構缺乏支持系統。

(3) 良心反對 (Conscientious objection)

英國法律規定醫師必須舉證才能援引良心反對的概念拒絕墮胎，否則導致的糾紛將由醫師負責。台灣法律規定醫師發現胎兒異常，必要時應勸其墮胎，突顯優生立場。牛津大學倫理學家 Julian Savulescu 說「良心是懦弱者的詞彙，是用來讓強者困惑，也可能是惡意或用來推卸責任」。

(4) 藥物墮胎的障礙

台灣將 RU486 列第 4 級管制藥，適用 7 周以下墮胎，但規定在醫師面前服用，而其他 4 級管制藥物卻沒有類似規定，突顯 RU486 的嚴厲限制。國外臨床指引建議讓婦女在家服用，而 9 周以前或更晚服用仍然有效。換言之，讓婦女在家進行藥物墮胎是可接受的安全做法，目的是維持隱私，避免中斷家庭生活。

(5) 產前診斷和胎兒異常的困境

醫師強調產檢卻常閃躲胎兒異常的墮胎。墮胎考驗醫師認知，而醫院普遍缺乏墮胎指引，醫師往往遵循前輩醫師那一套不成文標準，執行與否憑藉自己的價值觀，缺乏一貫標準，甚至前後矛盾；醫師、部門和機構往往不自覺或刻意設下種種墮胎障礙。

(6) 法律和文化的阻礙

刑法仍有墮胎罪，彷彿過去刑法 100 條的不合時宜。衛生署雖然通過優生保健法修正草案，但關鍵爭議是對待因社會性理由墮胎者，修正案要求強制性的「3 日思考期」、「諮詢」、「告知配偶」以及未滿 18 歲需強制「輔導諮商」。

(7) 保守的避孕政策

台灣新聞常報導少女獨自在廁所、學生宿舍、浴室生產或產後立即丟棄，甚至殺嬰，突顯忽視避孕的後果。校園提倡守貞卻不提供避孕觀念、器材；避孕政策遠落於英、美、法之後，而健保給付產檢和生產，卻不給付避孕器、避孕藥和結紮。

(8) 語言的阻礙

台灣醫護人員習慣將孕婦稱為媽媽，將孕婦手冊稱做媽媽手冊，將胎兒稱做寶寶，寶寶甚至用在子宮外孕、減胎、墮胎或極度早產等情況。當初產婦 22 周破水早產，使用這些語言是暗示道德，賦予孕婦選擇搶救極度早產嬰，即使這並非孕婦和家屬的最佳利益。