

墮胎合法化對臺灣婦女影響的省思

張 珏*

前 言

人工流產 (Induced abortion) 又稱墮胎, 意指藉著人為的方式中止懷孕的過程, 有因疾病感染導致畸型兒而採行, 有因先天遺傳特質依優生原則而採行, 有因羊膜破水過早而採行; 有因司法不合 (亂倫, 強暴懷孕) 而採行, 有因人口政策為家庭計劃之一種方式, 也有因家庭糾紛而強迫採行, 但這些採行的原因仍受制於外力, 例如醫療制度、政府決策、司法認定、以及家族問題等。近年來因為個人意願是否能夠左右下一代的生育, 卻使墮胎成為社會爭議的主題 (Bray, 1990; Pascall, 1986; Tietze & Henshaw, 1986); 在美國「生命權」(Pro-life)與「選擇權」(Pro-choice) 不只成為婦女內部對「母親角色」(Motherhood)的爭議 (Luker, 1984), 也成為宗教上甚至是保守黨與民主黨的爭議(楊慶輝, 1991), 也被詬病是男性女性之爭議。然而在紛爭之際, 卻忽略了為什麼墮胎需要合法化? 其真諦為何?

有關墮胎研究的理論在國外很多 (Sheeran, 1987; Petchesky, 1990), 在臺灣相關研究雖不多, 然其立場亦涵蓋心理、社會、法律、政治、家庭計畫、醫學等範疇 (郭登聰, 1984; 傅千芬, 1987; 陳宏銘, 江萍萱, 陳皎眉, 黃國彥, 1987) 在本篇文章中, 則想由婦女研究立場來探討這個問題(周顏玲, 1987, Walsh, 1987; Petchesky, 1990; Keller, 1990; Shorter, 1991)。換句話說即以女性本身真實的經驗, 去了解婦女的真正需求, 去反應出社會上不合理制度與權利不當分配下的弊端; 期盼啟發出對「人」的尊重, 接受每個「人」存在的價值, 諦造一個和諧相互尊重的社會關係。以婦女研究的敏感度化解社會文化所造成的偏差, 提昇至人不論種族、階層、年齡及性別上的平等。並以這種精神, 對墮胎合法化提出一份省思。

Humm (1990)在女性理論字典中, 特別強調墮胎是基本婦女運動的要求, 她認為婦女對個人生育的決定或調整有絕對的權利, 也是女性理論研究中心主題之一, 因為目前的人工流產立法過程中有下列偏失:

1. 很明顯地可呈現醫療照顧體系上的缺失, 對婦女的歧視或反對, 進而影響婦女去使

*國立台灣大學醫學院公共衛生研究所副教授

用合法化墮胎的醫療服務。

2. 墮胎控制成爲父系社會下，性發展的理念，認爲這是母親角色，家庭、國家的重點，非重視個人存在的價值。
3. 墮胎的議題成爲英美國家對女性主義的非難工具。
4. 在墮胎的辯證上，亦反映出反女性主義者或部份女性主義者的「自我中心」，亦稱歐化中心（Eurocentric）或本位主義（Ethnocentric）。

本報告即嘗試以Humm所提女性研究所關心的墮胎議題，剖析台灣婦女在墮胎合法化後對其健康與自主權的影響，並以其與美國的狀況作一簡淺比較。

墮胎合法化是世界性普及的現象

墮胎由古到今行之多年，目前世界上每年約有4千萬—6千萬次的墮胎發生，它的確是存在的事實，卻又被隱藏，羞於討論，因此也成爲爭議最多的題材。Tietze等人在其所著「人工流產：世界觀」（1979，1981，1983，1986）中呈現出由1978年到1985年的四次調查顯示，在世界人口超過一百萬的國家中其墮胎律法的變化情形（見表一），其中看出在1978、1980與1982年中，墮胎屬完全不合法的皆佔當時各國15%上下，但迄1985年時，則幾乎皆立法接受（台灣也屬其中之一，在1984年通過法案，1985年正式施行。）只是尺度各國有所不同：持保守態度者較多，漸由30%變成40%，即母親生命受威脅時可接受墮胎。其他40%—50%的國家則帶有優生、司法或社會要求，即可墮胎。最後則有12%—15%的國家這幾年來一直採開放態度，依婦女之需要而施行。但有的仍有一些條件（例如：是40歲以上者即可；或在懷孕24週內才可）。由該報告中也可以看到這些年來有少數國家在立法上由開放變保守，而又開放。也有如美國，係由各州自行決定，有它的變異性，不過這種趨勢，代表全世界普遍現象，是婦女有此需要。而且誠如Tietze等(1986)所指出的在過去有的國家雖不合法，但仍施行月經規則術或由密醫執行（臺灣過去便屬此現象）；也有直接去外地找醫師進行；有的地方雖立法，但設施與人力不足；也有的地方雖立法，但各人解釋不同也造成不同影響。可是不容忽視的是再多限制，只是造成婦女的不便與死亡的危險性；而墮胎它的確存在（Petchesky，1990；Shorter，1991）；依各國每活產墮胎比例而言：由表二可看到有2%到230%不等，而台灣與世界部份國家在二個年度的比較，台灣比歐洲各國略高。但低於日本，美國，新加坡等（Tietze et al.，1986），尙居中間位置。也就是說在臺灣平均每一百人懷孕有30人上下會採墮胎。

流產的經驗，對我國婦女而言相當普遍，過去並無確實數字報導，近年來在墮胎合法化之前後則由表三綜合下述部份資料，可對台灣地區墮胎發生情形有一了解。林惠生(1981)報導省家研所過去進行的全國大型「家庭計畫知識，態度與行爲」調查中，即可知

20-39歲的有偶婦女在1965年有墮胎經驗者為9%，而到1973年時已增為20%，在1980年時為23%；而李美玲等(1986)報導墮胎合法化之前15-49歲有偶婦女墮胎發生率在1983年為2.9%，1984年為3.6%，而活產墮胎比例則各為27.6%與34.8%；吳淑瓊(1976)報導1974至1975年追蹤13604位有偶婦女則其活產墮胎比例為17.8%，自然流產為7.2%；甚至家庭計劃工作人員，在墮胎未合法前，其本身也有36%曾有過墮胎經驗(陳清清，陳喬治，1976)。而在墮胎合法化之後的報導則如Chiang(1990)指出墮胎發生率在1985年為3.7%，1986年為4.3%，而活產墮胎比例則各為30.9%，39.0%。此外江千代等(1989)對台北市3637位產婦進行床邊衛教，即發現32.8%，有自然流產經驗，而人工流產率則為39.8%。

此外衛生署曾委託婦產科醫學會進行人工流產基本調查，發現其中有偶者佔81.78%，未婚者10.88%，其他則包括同居，離婚，分居等，共1268人。學歷多偏高中，高職以下，且一半以上(58.05%)皆有過1次以上的流產經驗(李鎡堯，1985)。

因此不論合法與否，墮胎在台灣已是相當普遍的現象，而也代表是一般婦女所需要的一種醫療措施；其盛行率並未因合法化後而增高，是故墮胎合法化的意義應是保障接受墮胎婦女由合格的醫療人員在衛生的場所執行手術，以避免不必要的併發症，亦能避免宵小斂財行爲，其結果是造福婦女健康。

表一 世界各國的墮胎法律—1978-1985年中之現行法令

准許墮胎的情況 年代	完全不合法	限於母親的生命 受威脅的情況下	有條件的： 優生、司法 社會或健康理由	無條件 (孕期限制)	國家 總數
1978	15 (14.02)	32 (29.91)	45 (42.06)	15 (14.02)	107
1980	20 (15.74)	43 (33.86)	48 (37.79)	16 (12.60)	127
1982	21 (16.41)	41 (32.03)	49 (38.28)	17 (13.28)	128
1985	0 (0.00)	53 (39.85)	62 (46.61)	18 (13.53)	133

資料來源：1. Tietze, C. 1979. *Induced Abortion: 1979*, third edition. New York: Population Council.
2. Tietze, C. 1983. *Induced Abortion, A World Review: 1983*, fifth edition. New York: Population Council.
3. Tietze, C. & Henshaw S.K. 1986. *Induced Abortion, A World Review: 1986*, 6th edition. New York: The Alan Guttmacher Institute.



表二 合法前後台灣地區墮胎發生水準和其它合法地區之比較

地 區	報 告 年 度		活產墮胎比 (每百次)		懷孕墮胎比 (每百次)	
印 度	1981	1983	1.8	0.2	1.8	0.2
荷 蘭	1981	1983	11.1	11.3	10.0	10.1
香 港	1981	1984	12.0	18.8	10.7	15.8
紐 西 蘭	1981	1984	13.3	14.1	11.7	12.4
西 德	1981	1984	14.2	14.9	12.4	12.9
加 拿 大	1981	1984	18.9	20.7	15.9	17.2
英格蘭及 威爾斯	1981	1984	20.3	21.0	16.9	17.3
芬 蘭	1980	1983	21.3	20.2	17.9	16.8
波 蘭	1978	1984	21.9	19.0	17.9	16.0
挪 威	1981	1984	27.1	28.1	21.3	21.9
義 大 利	1980	1984	34.2	38.8	25.5	28.0
台灣地區	1984	1986	34.8	39.0	25.8	28.1
東 德	1977	1984	34.0	42.2	26.0	29.7
瑞 典	1981	1984	35.5	32.8	26.2	24.7
美國(CDC) *1	1980	1982	35.8	35.4	26.3	26.2
日 本	1980	1983	37.7	37.3	27.4	27.2
美國(AGI) *2	1980	1983	42.8	41.6	30.0	29.4
丹 麥	1981	1984	42.9	40.0	30.0	28.6
捷 克	1981	1984	43.9	51.0	30.5	33.8
新 加 坡	1981	1983	44.5	47.1	30.8	32.0
匈 牙 利	1981	1984	57.3	69.1	36.4	40.9
南斯拉夫	1975	1984	75.4	102.2	43.0	50.5
古 巴	1980	1984	76.1	84.9	43.2	45.9
保加利亞	1979	1984	110.0	92.5	52.4	48.1
羅馬尼亞	1979	1983	100.1	131.1	50.0	56.7
蘇 聯	1970	1982	230.0	208.0	70.0	68.0

*1 CDC (Center for Disease Control)之統計

*2 AGI (Alan Guttmacher Institute)之統計

資料來源：臺灣地區以外者採自Tietze(1983)及Tietze & Henshaw(1986)。

表三 台灣地區歷年各項調查有偶婦女墮胎盛行率、發生率、
墮胎活產比和墮胎懷孕比

調查年度	1965	1967	1970	1972	1976	1979	1984	1985	1986
墮胎盛行率 *	9	11	12	20	21	23	32		34
墮胎發生率 *				4.51		5.40	4.76	3.72	4.32
墮胎活產比(每百次)					21.3	24.0	34.8	30.9	39.0
墮胎懷孕比(每百次)					17.6	19.4	25.8	23.6	28.1

註：* 墮胎盛行率和發生率是指22(20)-39歲有偶婦女而言。

摘自：李美玲等 (1986); Chiang, (1990); Tietze & Henshaw (1986)



中美墮胎立法的歷史演變

美國最早承襲英國的一般律法 (Common Law)，謂墮胎在胎動 (quickening) 前並不違法。到1820年亦開始跟從英國開始定法論罪，直到1960年止，各州皆禁止以任何方法在任何時期墮胎，除非為救母親生命情況下才被允許 (Petchesky, 1990; Shorter, 1991; 楊慶輝, 1991)。

其後由於沙律竇邁藥物 (Thalidomide) 可致胎兒畸形，服用藥物之婦女要求墮胎被拒，經由上訴獲勝，再加上一些社會其他因素，導致各州紛紛修訂法令，使得到1972年時，已有19州墮胎合法化且條件放寬，主要以醫療性 (若傷及婦女生命者)、優生性 (對畸形兒或先天遺傳等)、倫理的 (對強暴或亂倫) 三方面之考慮為主，也有州加上對經濟理由，或影響家庭生活為由亦可墮胎。

此外在執行墮胎的程序上，也加上合格醫師，適當場所 (醫院或診所)，以及懷孕週數 (16-26週) 之限制，1973年甚至又通過三階段分析論，對懷孕前、中、後期各加以釐清個人與胎兒的權利。1976年更進一步在同意的規定 (父母同意或配偶同意)、公共補助與程序規定上也都有所突破 (郭登聰, 1984; 楊慶輝, 1991)，亦即表示幾乎開放到無限制，只要是婦女覺得需要即可進行。

然而1980年雷根保守時代開始，聯邦政府又開始修訂憲法，於1989年將法令改成：1. 除非為保全孕婦生命，禁止由公務員或在公共設施進行或協助墮胎；2. 禁止以公共基金鼓勵或勸告婦女非為挽救其生命所必需的墮胎；3. 若要求墮胎孕婦超過20週，醫師需做檢驗，胎兒是否可在母體外存活。醫院開始未直接限制婦女對墮胎權視為隱私，但卻間接限制婦女墮胎的自由，尤其是對低收入者 (楊慶輝, 1991)。更進一步提出「母親責任」的觀念，懷孕婦女須去除其不良嗜好，例如抽煙，用藥或酗酒，以確保胎兒健康 (Petchesky, 1990)。

綜觀上述由鬆到緊，由寬再嚴的變化過程，其影響因素有：(1) 醫師參與，有其專業權力的控制與競爭；(2) 各時代人口成長需求的改變；(3) 科技發達，避孕方式的普及與改善；(4) 女權主義的興起，重視墮胎的安全性與對健康的影響；(5) 母親角色 (motherhood) 的爭議；(6) 宗教的影響；(7) 單一議題政治的運作等，已將單純為保障婦女健康的主題變成政治的議題 (Tietze, 1986; 楊慶輝, 1991; Luker, 1986)，尤其在選擇權 (pro-choice) 和生命權 (pro-life) 上的爭議最大，然而在兩組中又有個別的差異性：選擇權中有不同女性主義之理念；生命權中亦有由絕對不可墮胎之宗教狂熱，甚至破壞傷害墮胎中心，以至於也接受墮胎是最後不得已的事 (楊慶輝, 1991; Petchesky, 1990)。

由於中國人自古對「人」的定義與西方不同，社會價值觀也以家族和諧為優先，傳

統觀念又是強調「多子多孫多福氣」，「重男輕女」，對下一代強調生與養，而不若西方只強調生。此外女性的三從：從父、從夫與從子，亦反映出家庭，結婚，生子育兒是代表女性地位的改變與提昇，因此亦有「媳婦熬成婆」的說法。然而在這種強調生、養的男性社會中，卻發現在中醫藥書中記載有不少墮胎的方式，主要強調調經的重要，當月經不規則時，往往經由調經造成安胎或墮胎，而這操縱決定權，多半為男性；但是有時墮胎也發生在家族紛爭中，不是直接的男性在壓迫女性，而是妻妾中的爭寵與權勢女性的操縱(Bray, 1990)。此外中國傳統視子女為財產，對其生命有決定權，因此也不若美國對胎兒生命權的尊重。換言之，婦女在過去完全是從屬地位，亦無特定的保護，仍屬被整個男性社會價值觀在操縱，女性是為男性而存活。

在台灣，早在1970年便已針對行政院核定公布的「中華民國人口政策綱領」而有「優生保健法」草案的擬定，後因反對阻力太大（桂裕，1982），遲至1982行政院才將此法案送至立法院審議，雖經四次審查通過，仍被程序委員會積壓一年多後，才在朝野各方人士及壓力團體的介入與遊說下，於1984年6月通過（中國論壇，1982；呂秀蓮，1990立法院公報，1984）。

而當時主要的爭議是(林水波，1984；立法院公報，1984)：

反對方面為：

- 1.性泛濫，造成世風日下。
- 2.人口問題應重「事先防範」而不宜事後補求。
- 3.墮胎違反我國立國精神，違背憲法保障人民生存權的立意。
- 4.墮胎就是殺生，非但違反人道，更為道德所不容。

贊成方面為：

- 1.墮胎合法化與性慾泛濫之間，無必然因果關係存在，道德淪喪另有其因。
- 2.墮胎合法可防止不受期待的嬰兒出生，解決一部份社會問題。
- 3.墮胎合法化是對每年大量墮胎事實作法律的因應與跟進，以保護女性健康及保障法律的威信性及公平性。
- 4.可防止過多人口出生所衍生的社會問題。

參與的各方人士及壓力團體包括公共衛生學者（林惠生，1981；李棟明，1981；1984；李美玲，陳文玲，1986；李美慧，1982），醫界（楊庸一，1982），法界，律師界（李聖隆，1982；林水波，1984），社會各界（中國論壇，1982；立法院公報，1984）等的提出證據，調查數據，以及輿論界共同呼籲，也是第一次由婦女代表及婦女團體組織起來，出面至立法院遊說，聯署，並發表書面聲明，強調在實際上如前述墮胎事件在臺灣已是相當盛行，而它亦反映出婦女與家庭對墮胎的需要，以及非法時所造成健康上的傷害（聯合

報，1984)，此外加上人口政策的激勵（衛生署，1990），這項優生保健法案終於於1985年1月1日正式施行，人工流產成爲合法化。然而在前述立法爭議過程中，不難發現父系社會的陰影與意識型態，對女性持雙重標準的指責：例如性氾濫，隱涵女性會墮胎一定是婚前懷孕，是自己不檢點，而不談造成懷孕男性的責任，以及廣大已婚婦女群避孕失敗的事實。另一方面又以大國家社會的標榜陷女性於不義，亦表現無遺：例如以人口政策要求節育，對避孕失敗婦女加以指責「不小心」，害及人口膨脹，而未對家庭計畫的有效性作檢討（Kim，1990）。

整體而言，中美立法經過不同，美國以一些特定的案例引起爭議而修法；法界，醫界與公共衛生界參與都多；而我國更是政府人口政策導向居重點，郭登聰(1984)指出在我國贊成與反對之間並無太極端爭執議點，或在某特別定點相持不下；而美國的爭議則較偏向婦女選擇自由墮胎的權利，或對生命起源的爭執，較偏個人本位，同時也已被演化成女性彼此間對「母親角色」定位的爭議（Luker，1984），以及政爭中單一議題的政治運作（楊慶輝，1991）。而在政治運作過程中，已遠離婦女健康的真諦，變成意識型態之爭。茲將一般人士對中，美墮胎合法化的優缺點摘要於附錄。同時也再加上女性研究者對它的論點：以俾明瞭而加強正面功能，減少負面傷害。

值得強調的是這次法案的立案過程，卻是臺灣婦女團體第一次集結陳情，發揮力量的時刻，也促使婦女意識更明白地彰顯，婦女學習開始能爲自己的權利而站出來爭取（中國論壇，1985），。

墮胎合法化下女性是否擁有更多的生育自主權

合法化時所強調的是婦女有自主權控制決定她的生育與身體。過去強調的是需要有良好的醫療設施協助墮胎過程以確保消毒衛生，不造成傷害，並減少後遺症，以確保女性健康。因此在美國女性運動者即反對以社會控制墮胎的權利，尤其是經由以男性爲主導的醫療系統的控制。回溯到1960年代，當時也就是指必須經醫師同意才可人工流產，而這種同意又受制於醫師的主觀態度，甚至產生延誤手術造成後遺症的情形。而客觀分析當時的真正醫療技術並未改善太多，而婦女卻常受制於道德判斷，被轉入私人診所，而非婦女自己真正的選擇權：可在設備較完善的公立或大型醫院執行（郭登聰，1984；Pascall，1986）。目前，由於皆已合法化了，所以強調的則是儘可能地減少上述不必要的法律限制。

在台灣所謂子宮權，不婚媽媽或處女生子等問題在最近才開始被提出來討論（民生報，1991），其與墮胎合法化的關係尙不明顯，而在前述立法的爭議中也未被提及，若以狹義立場去了解臺灣婦女是否可自行決定要不要生育，是否有自主權決定就醫對象、地

點、墮胎時間，下面將分別以墮胎理由，決定人士，墮胎地點等來作剖析。

由表四的一些資料對墮胎者要求墮胎的理由去了解：在墮胎合法化前李美玲等（1986）分析456位有偶婦女發現，70%謂不想生，17.5%謂想間隔生育，只有少於10%的受訪對象為優生、健康或未婚的理由而墮胎。而Chiang（1990）在比較合法化前後墮胎理由變化不大，但以衛生署報告在1985年則發現，即使合法化後，理由依舊，只是後者的研究中因未婚而墮胎比例提高到11%，主要前者是針對有偶婦女，後者是合法後對婦產科醫師調查採用墮胎者背景而得（李鎡堯，1985）。陳宏銘等人（1987）亦追蹤某婦幼中心個案20人，其墮胎理由更為複雜，除避孕失敗佔11.8%與健康理由佔7.8%外，亦會考慮經濟、工作或休閒活動的問題而決定墮胎的個人意願至少佔1/4到1/5的比例；Hsieh（1990）追蹤台北地區1987年在9、10、2個月內墮胎的有偶婦女之墮胎理由時，則又增加了因為是女（男）孩而要墮胎，以及害怕避孕方法的副作用。而「不想生」是否可以代表生育自主權？其實不想生亦可包括因避孕失敗，或想生男孩等理由，尚無法代表生育自主權。進一步看如何做決定的過程。

而決定墮胎者在Chiang（1990）的報導中，以兩次全國家庭計畫普查結果顯示87%為夫妻雙方決定，且只有10%為婦女本身自行抉擇，另外2.3%為丈夫決定。陳宏銘等人（1987）研究中則有65%是婦女自己決定，35%由雙方夫妻決定，似乎在這個20人的小型調查中婦女的主觀意願較強，甚至有1/4的受訪者其家人持的是反對意見。但是接下來詢及她們在不在意他人知道時，則視之為禁忌者有30%，隱涵著墮胎事件仍受社會規範影響。Bray（1990）的研究指出，中國人較重人際關係，因此當女性考慮墮胎時，多半會顧及家人反應，而較少個人意願。

更進一步由社會「重男輕女」的觀念加以探討，則除表四所述有0.9%因知是女嬰而墮胎外（對比於知是男嬰而墮胎者是0.1%）；其他調查亦發現，在產婦床邊教育的推行中，教導已有男孩子的婦女家庭計劃，其接受度較高，再生產意願較低於沒有男孩的婦女（江千代等，1989）。近月來報章上所報導絨毛膜檢查（民生報，1991）造成嬰兒畸形的問題，亦起因於生男的傳統觀念，因此生育自主權在臺灣並非要不要生育，而是重男輕女觀念使婦女不是不要生育，不要做母親，而是要做男孩子的母親，而一些缺乏醫德的醫師或密醫，也鼓吹這種觀念，且非法執行對女胎兒的人工流產。

進一步對不想再生或子女數已夠多者，的確是受到家庭計劃人口政策與人口教育的影響，但對於為何還會懷孕，避孕失敗率高達一半以上，有不少人對避孕方法後遺症的恐懼、無奈，最後決定以墮胎處理之，這現象與過去比較，並無太大差別（Chiang，1990；林惠生，1981）。

所謂生育自主權，包括是否可自行決定要不要生育，其實在我國的法條中有頗寬容

的規定：即在優生保健法中第九條，特別對人工流產的條件加以明定，條文內容如下：「『懷孕』婦女經診斷或證明有左列情事之一者，得依其『自願』施行人工流產……未婚之未成年人或禁治產人，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……」（衛生署，1990），在這一條中很明白地指出不一定要已婚，它適用於任何婚姻狀態的婦女。除非她未滿20歲，必須經法定代理人同意，或她有配偶則需配偶同意，否則婦女有其完全的控制權。然而一般民眾甚至醫療工作人員卻並未清晰地明瞭法則內容，現階段即使墮胎已合法化了，仍有醫師拒絕為未婚懷孕者墮胎。而生育自主權亦包括婦女一旦決定墮胎，她有決定就醫對象、地點、墮胎時間的權力，但目前呈現卻是受限於周圍社會條件限制。例如79%在私人醫院進行，即使合法化後，以省家研的年報（1990）可知90%仍在私人醫院與診所接受人工流產，是婦女不願去大醫院，亦或大醫院不肯接受？是值得進一步的探討。

Hugan（1988）認為醫療人員對墮胎的態度相當重要。因為醫療工作人員必須先有充分知識，了解目前各種爭議，且其態度宜保持中立，才不致影響病人與自己的感受。陳青青等人（1976）在人工流產合法化之前，曾對家計人員做過研究，了解他們持反對墮胎的理由為何：發現最反對直接用此為避孕方法，其次為以因和丈夫間關係惡劣而要求墮胎者，再次為有無子女來考量對民眾要求墮胎時的接受與否的態度。由這個研究可以反映出我國醫療人員對家庭重於個人的刻板傳統，並未真正去協助婦女的需求，因此在與民眾互動時也可能會不客觀，對民眾（婦女）的處理態度有所不同。而此未尊重個人的觀點亦是目前西方女性主義中對傳統權威批評最烈的地方（Pascall，1986）。

吳淑瓊（1976）分析1974—1975有偶婦女墮胎的前瞻性研究政策，指出當自己想要懷孕者有91.8%皆生產，但為何仍有1.46%要人工流產呢？是有其它外力因素？不過對比起自己不想生，不論有無避孕，則40%—50%以上會採人口流產，也有一半左右生下孩子，反映出婦女在生育動機與生育行為間有無法一致的矛盾性。

此外，由表五中也可看出：在1990年對台北地區智障者家長，相關教育人員，醫療社工人員，以及某大學生們對優生保健認知的調查中（張珏等，1990），對懷孕婦女可依其自願施行人工流產之情況仍以優生為主，對婦女因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活時可要求墮胎，則知悉者較少，其中家長只有34%大學生也只有53%而已。表示以非自願者居多。筆者曾與一早期羊膜破水孕婦訪談，發現為個案檢試的醫師至少十人以上（包括實習醫生），只有一人較尊重孕婦的感受與決定，而其他醫師都持著責備語氣與命令方式告誡該孕婦應採墮胎行為。

綜合而言，臺灣婦女並無充分的生育自主權，在生育的決定上仍是建立在父權社會，重男輕女的體制下，同時也是配合政府教化下進行之政策，即使早年在爭取墮胎合法

化時，也只在強調女性健康保障的權利 (呂秀蓮，1984)。

表四 墮胎的理由

年 代 作 者	1984 (李美玲等) 1986	1987 (Hsieh) 1990	1985 (李鑑堯) 1985	1983-84 (Chiang, 1990)	1985-86
樣 本 數	456人	762人	1267人	830人	931人
間隔生育	17.5	16.9	19.08	18.5	21.3
不想再生	70.4	65.8	56.23	69.0	63.9
健康理由	2.4	2.0	5.2	3.1	5.5
優 生	6.6	2.4	5.43	5.5	7.2
尚未結婚	0.9		11.04	1.7	0.9
司法(強暴亂倫)			0.78		
配偶死亡			0.78		
害怕副作用		7.7			
不想要男嬰		0.1			
不想要女嬰		0.9			
不詳	2.2	4.2	0.47	2.2	1.3

表五 懷孕婦女可依其自願施行人工流產之情況

對 象	人 數 (%)			
	家 長	教育工作者	衛生與社會工作者	大學生
人 數	237	100	100	200
本人或其配偶患有礙 優生之精神疾病者	62.4	84.0	89.0	86.5
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	54.4	66.0	80.0	67.9
有醫學上理由，足以認 定胎兒有畸形發育之虞者	84.0	93.0	98.0	93.6
因被強姦而受孕者	68.8	83.0	91.0	87.2
因懷孕或生產，將影響 其心理健康或家庭生活者	34.6	66.0	79.0	53.8
不知道	9.3	2.0	1.0	

女性的健康是否因墮胎合法化而得到更多的保障

優生保健法中規定，施行人工流產需找衛生署指定合格婦產科醫師，然而實際在執行的過程，是否真正注意到婦女的健康問題亦或是母體的健康？亦或行政單位只在注意母體健康，或家庭計畫的業務，而未切實了解婦女健康的需求。

在張珏等(1990)從事優生保健認知的調查中可以發現大部份人皆聽說過這名詞，可是知道墮胎已經合法化，且各醫院有優生保健門診，則智障者家長以及大學生皆只有60%知道。再進一步詢問誰是合格醫師可以執行人工流產時，則發現一般民眾（智障家長）反而是以婦產科醫師為優先，見表六與表七。並不了解持有優生保健證書的合格醫師，必須是婦產科醫師，且受過這方面專業訓練。再次顯示出一般人對這方面知識的缺乏，也不知自己的權利。

表六 誰有資格施行人工流產及結紮手術

情境	人 數 (%)				
	對象 人數	智障家長 237	教育工作者 100	衛生與社會工作者 100	大學生 200
開業醫師		7.2	12.0	3.0	16.0
持有執業執照之 婦產科醫師		70.9	74.0	58.0	76.3
持有優生保健醫師 證書之合格醫師		47.7	83.0	94.0	78.8
其他		0.8	0.0	3.0	0.6
不知道		3.8	0.0	0.0	0.0

表七 優 生 保 健 之 認 識

情境	人 數 (%)				
	對象 人數	智障家長 237	教育工作者 100	衛生與社會工作者 100	大學生 200
聽過優生保健法		73.4	98.0	100.0	93.6
知道墮胎已合法化		54.4	84.0	98.0	61.7
醫生在必要時可勸 其施行人工流產		92.0	95.0	95.0	86.7
知道各大醫院有優 保健門診		51.1	75.0	94.0	63.9

在了解婦女在何處接受墮胎時，可由三份報告作為參考（表八）：在臺北市有偶婦女方面約有90%在私人診所進行人工流產（家計中心，1990），而問卷調查135位一般民眾則也有60%在私人診所，31%在私人醫院，是一般婦女不願去大型公立醫院，亦或醫院拒絕提供這方面服務，值得思考（Hsieh，1990，先靈，1987）。對婦女本身是否明白找尋合格醫師與地點，亦需探討。

在衛生署頒佈優生保健與家庭計劃的法令中（1990），特別於優生保健法施行細則第拾肆條中指明：必須為衛生署指定的合格醫師，第拾伍條中又強調妊娠12週以內者，應於有施行人工流產醫師之醫院與診所施行，而逾12週者則應在有人工流產醫師之醫院住院施行。而Hsieh（1990）的報告中則發現11位妊娠13-16週之墮胎者中有6人（54.5%）在私人診所施行，這種與規定不相符合的現象，是否的確保障了墮胎婦女的健康安全實堪憂慮。此外不少因墮胎而發生的健康問題，除手術技術外，周遭環境與墮胎手術後照顧亦同樣重要。在頒佈的優生保健法與細則中（衛生署，1990），其罰則只有對醫師資格處罰，並未對施行場所加以考評並處罰之。

表八 墮胎施行就醫地點

人數 出處	有偶婦女 (%)		
	745 (Hsieh) 1990	20039 (北家計中心) 1990	135 (先靈) 1987
地點			
公(市)立醫院	11.67	4.85	8.9
私立醫院	16.11	0.77	31.1
私人診所	86.71	94.07	60.7
其他		0.31	3.7

就一般醫療服務品質的觀點來看，是否真正能關心婦女的健康？陳麗美（1990）的報告中即指出有一成左右的孕婦對產前檢查中與生產過程，覺得不滿意或非常不滿意，其中一半以上認為服務品質不好，以及1/4認為服務態度不佳。對產後婦女的護理指導尚且包括：惡露處理，會陰傷口護理，身體清潔指導，均衡飲食指導等，但相對於墮胎後，是否也同時會有這種指導？醫院對自然流產者有護理常規，對人工流產者，是否提供同樣協助？目前家庭計劃工作人員為促使墮胎婦女在二個月內採行結紮或實行家庭計劃而予以追蹤，重點並非在對其健康照顧上著眼（Wang & Lethbridge，1990），其實在醫藥補助方面也是只補助接受結紮者，是有條件的，也就是說婦女必須在墮胎後二個月內接

結紮手術，才有1500元的補助；否則只為一般500元補助（北市家計中心，1990），但即使補助一般墮胎，也只是衛生單位為了鼓勵醫院或診所報導墮胎個案，對婦女本身並無任何好處。更嚴重的是婦女本身並不知道有這種減免費用的協助。

在身心變化方面，陳宏銘等（1987）提出以20個人工流產婦女為對象之研究，發現並未產生太大情緒困擾，反而是手術後有如釋重擔的感覺，較少後遺症，罪惡感等，可能是因婦女是已有子女，甚至也有人工流產的經驗；Hsieh（1990）在婦女墮胎後自述心理變化情形，則有一半左右（42.4%）是沒什麼感覺，有35.6%謂減少道德壓力，可是仍有2.4%謂嚴重罪惡感，與輕度自責（17.9%）。這現象與國外一些研究類同，尤其是墮胎合法化之後（Osofsky & Osofsky，1972）。而Hsieh（1990）也提出在墮胎2個月內有後遺症的佔28.3%，在2-4個月中則為8.1%，這些後遺症包括頭昏，大量出血，下腹痛，分泌物過多等。Hsieh呼籲須要去照顧這群婦女的身心，並在墮胎後能有充分的照顧與相關資訊的提供。然而目前社會所呈現更嚴重的問題是有一些報章媒體，對「嬰靈」的渲染（時報周刊，1990），認為死去的胎兒作祟，因此要花錢設牌位祭拜，不但花錢，又加重婦女因墮胎的罪惡感，甚至背負家人有災難時被指責的代罪羔羊，非但未增進婦女健康反而影響其心理健康，與對她們的傷害性。

結語

台灣與世界各國比較，是較晚才通過優生保健法案的地區，其間受到許多內在衝突與不同理念的影響，表九列的是中美二國在墮胎合法化相關因素的差異：

由歷史上分析，往往壓抑墮胎或採用優生保健的絕育方法，常來自有目的的政治運作，且以政策來主導婦女的性自主與生育自由（Petchesky，1990）使得一些國家：陸續壓抑墮胎；或與公共政策連結，有種族，階級的歧視（制定誰應要節育）；甚至將控制權與行政管理權都交在醫師與計劃者身上，而不是婦女本（Kim，1990；楊慶輝，1991）。

自古至今，墮胎原本便是生育調整的一部份，雖然現代不少人皆認為是科技（Technology）的發展，現代化的結果才有生育控制，以及避孕方法，使得由醫療人士主導，由商業企管化結合。其實Petchesky（1990）指出，早在遠古時代即有由墮胎、殺嬰、跳躍、葯草、禁慾及一些禁忌來調整經期與節育。她強調這是人際關係與社會價值互動的結果（Bray，1990）。此外雖然避孕方法的改進是一大突破，但其效果並非絕對的，因此意外懷孕的處理則以墮胎彌補之。所以醫療方面的協助更是必需。因此在臺灣人工流產合法化後更能彰顯對婦女健康的保障。

由於目前在我國，醫療保險中並未將人工流產納入給付款項中，而且在合法前，民眾已很習慣自費求醫協助，因此不若美國近年來對公共基金的補助上的爭議，反而造成

他們又開始立法來限制給付 (Petchesky, 1990; 楊慶輝, 1991)。然而醫療給付是否應納入, 這亦是未來值得思考的一個主題。站在婦女健康與婦女權利而言, 適當的醫療給付與保險原本便是被保險人的權利, 不應被忽視, 更何況目前墮胎往往是家庭計劃失敗的結果, 並非以墮胎為樂, 而未來若能有完整「性發展」教育的普及, 墮胎更會被謹慎採行。

表九 中美墮胎相關因素比較

	美 國	台 灣
付費方式	保險中給付	符合特別項目有補助
立法方式	依各州決定 1975年	母體健康為考量 1985年
社會層面	宗教影響 (生命權/選擇權) 重生 重個人表現	家族影響 (多子多孫, 重男輕女) 重生養 重整體和諧
墮胎者特性	年輕、未婚 貧窮	有偶、避孕失敗 家庭計劃
個人層面	自主權	國家政策導向
重覆墮胎	50%以上	50%以上
未婚墮胎	20%	6-15%
性教育	開 放	隱 涵

而目前的避孕方法的提倡反而源自1960年代, 由優勢白人去處理第三世界的人口問題才大量普及, 而在人口政策上又很明顯地一段時間要求人口節制, 一段時間又要求人口開放, 完全違反自然, 而避孕方式的推動與研究, 又很明顯呈現沙文式的心態, 例如完全不鼓勵研究男性避孕藥或其他方法; 在避孕藥後遺症的研究上又含混其詞, 以婦女身體做實驗品, 在家庭計劃的推動上, 都只強調避孕成果, 有多少人接受結紮, 接受避孕藥, 子宮內避孕器 (IUD), 卻甚少提及後遺症的問題與處理方式, 以及教導婦女的選擇能力。往往採用逃避策略, 避重就輕將女性的症狀歸究於女性本身易抱怨等不相關主題上。雖然被一些研究者指出只對女性研究的原因是: 1. 女性生物機轉由過去到現在被研究較多; 2. 較少男性自願參與被研究; 3. 不論研究者或男性受試者皆很在意可能對男性產生的副作用。但反過來看則1. 若不鼓勵研究男性避孕機轉, 則研究資料永遠不足; 2. 女性即使不願, 仍被視為應做實驗品? 是否也反映女性在經驗不斷懷孕這方面的痛苦後而才願

被研究；3難道女性就可不在乎副作用？隱涵女性便需不在意可能產生的副作用？上述現象亦隱涵著男尊女卑的迷思，與操縱女性的沙文主義。

墮胎合法化主要目的在保障合宜的醫療照顧，卻不是醫療體系內的戰爭，不許女性徹底明瞭其應有的保障與健康維護權。

此外未婚者的墮胎，在目前社會仍多禁忌，她們在墮胎後的身心調適問題，尙無報導，這群人背負著更多的社會壓力，是需要有更多協助的對象。進一步而言，在國外設有墮胎中心，提供墮胎相關諮詢服務與輔導，包括可能有的步驟，提醒相關可能發生的併發症或後遺症，與其他方式對比的優缺點，以及手術後的自我照顧方法，並兼附有單張小冊子的發放，協助婦女充份明瞭之，甚至連其配偶或家人也一併教育（Lodl, McGettigan & Bucy, 1984-85），而我國在這方面的衛生教育則是完全的缺乏，實有待加強。

墮胎的議題近數十年來在美國有很大的爭議與立法的起伏，甚至最早贊成合法化者，近年來又提出不要有法令限制，這並非矛盾現象，而是強調這本來便是一個人應有的醫療照顧權利，應如同一般醫療服務項目一樣不需立法，同時也針對近年來保守派的非議，用法令來限制的情形作一反應。在台灣由於整個國情不同，近年來墮胎的合法化亦建立在政府的人口政策下，明定的限制不多，但整個社會父系的意識型態卻濃厚，他山之石可以借鏡，在目前要喚醒女性意識之同時，在墮胎這主題上，也希望有一更明確的了解，以期透過了解加強對婦女健康的保障，教導婦女自主權的使用，提醒社會各人士（包括配偶，家人，醫療工作人員等）能以尊重的態度處理這行為；同時也透過了解，減少因歐化主義自我中心的影響，斷章取義，造成對墮胎的誤導。

由墮胎的爭議上也可檢視反女性主義者與部份女性主義者的完全以西化為主（Eurocentric）或自我膨脹過度，常自以為是地去認定他人處境或強迫要求他人完全地接受的誤導，這亦可能受限於其個人種族，膚色，角色，階層上的經驗，並無法去了解整體每個人的價值（Petchesky, 1990）。亦如 Belenky等人（1986）指出婦女在發展其自我，發表意見，和意志的過程會經過二分法（dualism）、多元性（multiple）、主觀的過程，到客觀的分化與連結，最終達到建構與整合（construct and integrate）的境界。因此需要有更多的婦女研究學者之投入，來帶動客觀研究與真正為婦女健康而努力的社會。在臺灣女性主義的提倡正在開展的階段，期盼他山之石可以攻錯，以避免過度西化中心的現象。

回顧前述所用文獻，可以應証前述 Humm（1990）所提：

- 1.目前台灣地區墮胎雖然合法了，但既存醫療上有缺失，且仍有權威式教條，對婦女不尊重，醫療照顧不周全。

- 2.墮胎仍受父系社會價值的控制。它是以國家政策為導向，非重視個人的價值。
- 3.墮胎尚無成為男女對立的主題。但在討論合法化之時，以性氾濫來非議女性，對女性的藐視，只視女性為物體，其意識形態仍值得商議。
- 4.目前一般人士尚未有極端化的自我中心主見的提出。
- 5.在我國仍須要有更多的婦女研究學者參與婦女健康的研究。

參考文獻

中文部份

王 玫

1983 合法性的墮胎。人口問題與家庭計畫，第三輯，217-224。

立法院公報

1984 「優生保健法案」，法律專輯，71：內政（27），立法院秘書處編印。

行政院衛生署

1990 家庭計畫優生保健法令彙編。

林惠生

1980 「台灣地區十一年來生育率婦女生育態度與實行家庭計畫之變化」，公共衛生，6(4)：366-383

林惠生

1981 「臺灣地區有偶婦女對墮胎的態度及實施墮胎的趨勢」，公共衛生，8(1)：63-80。

江千代、徐素珍

1985 「台北市初婚婦女生育態度與行為之研究」，人口學刊，8：25-54

江千代、徐素珍、魏美珠

1989 「台北市實施產後床邊家庭計劃教育醫院之產婦生育、避孕行為之探討」，公共衛生，16(1)：33-43。

李美玲、陳文玲

1986 「墮胎合法化前臺灣地區婦女墮胎實施狀況」，公共衛生，13(2)：181-193。

李棟明

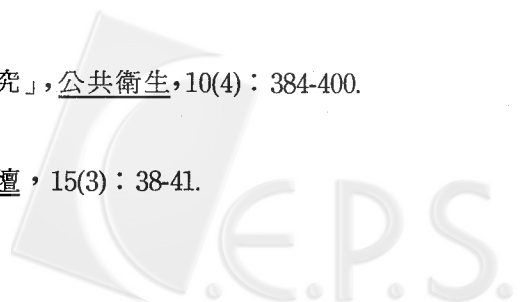
1981 「臺灣廣泛使用避孕方法之意外懷孕率研究」，公共衛生，8(4)：366-388。

李棟明

1984 「新婚夫婦家庭計劃知識，態度與實行之研究」，公共衛生，10(4)：384-400。

李聖隆

1982 「墮胎合法化與人口問題座談會」，中國論壇，15(3)：38-41。



李鎡堯

1985 臺灣婦女墮胎特徵。(未發表報告)。

呂秀蓮

1990 兩性問題女性觀。前衛出版社：台北，95-108；129-131。

周顏玲

1989 「婦女與性別研究的理論架構，方法及其中國化與未來發展」，性別角色與社會發展學術研討會論文集，台大婦女研究室：25-46。

李美慧

1982 「墮胎和日後自發性流產的關係」，家庭計畫通訊，67。

林水波

1984 「墮胎合法化會造成性氾濫嗎？」，中國論壇，18(3)：46-47。

郭登聰

1984 「美國墮胎合法化政策的執行—兼論我國優生保健法及其未來展望」，思與言 22(3)：219-242。

陳宏銘、江萍萱、陳皎眉、黃國彥

1987 有偶婦女人工流產前後之身心及情緒適應個案研究。行政院衛生署研究報告。

陳清清、陳喬治

1976 「墮胎道德問題之探討：臺灣省家庭計劃工作人員之觀點」，中央研究院民族學研究所集刊，41：47-59。

陳麗美

1990 「孕產婦及新生兒保健醫療服務模式之研究」。 婦女與健康學術研討會論文集，台大婦女研究室：51-80。

張珏、葉安華

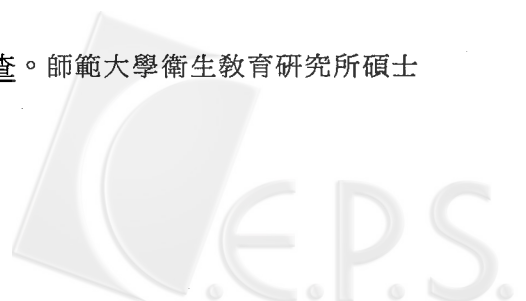
1990 台灣地區智障兒家庭計劃及優生保健研究----台北地區研究。中國心理衛生協會。

吳淑瓊

1976 「民國63-64年臺灣地區有偶婦女流死產之前瞻性研究」，人口學刊，4：127-140。

傅千芬

1987 台北市大安區有偶墮胎婦女墮胎及相關因子調查。師範大學衛生教育研究所碩士論文。



益世

1982 專題：從“優生保健法草案”談“墮胎”座談會。益世：9-29.

中國論壇

1982 “墮胎合法化與人口問題”座談會。中國論壇，15(3)：42-60。

姜錦輝

1987 「台灣地區婦女之生育年齡、懷孕次序、生育間隔與胎兒死亡流產危險性之關係研究」，中華民國公共衛生學會雜誌，7(3)：113-124

家庭計劃研究所

1988 民國七十六年施政年度台灣省家庭計劃工作報告。

台北市家庭計劃推廣中心

1991 七十九施政年度年報。

楊庸一

1982 「墮胎問題之精神醫學觀」，健康世界，77：76-77.

楊慶輝

1991 美國支持與反對墮胎運動--單一議題政治之研究。淡江大學美國研究所碩士論文計畫書。

民生報

1991 4. 14. 醫藥版。

聯合報

1984 6. 26. 第三版。

先靈藥廠

1985 台灣民眾性態度調查。(非正式報告)。

桂裕

1982 優生保健與(論集)自發行。

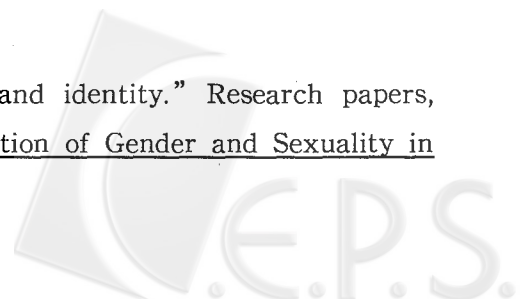
英文部份

Belenky, M.F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R. & Tarule, J.M.

1986 Women's Ways of Knowing : The Development of Self, Voice, and Mind.
Basic.

Bray, F.

1990 “Abortion in China, 1600-1900 : Ethics and identity.” Research papers,
International Conference on the Construction of Gender and Sexuality in



East and Southeast Asia. UCLA.

Chiang, C.Y.

- 1990 "Induced abortion." In Fertility Control Experiences in the Republic of Korea and China. Korea Institute for Health and Social Affairs & Taiwan Provincial Institute of Family Planning. 73 -90.

Hsieh, S.C.

- 1990 "A follow-up survey of married women receiving induced abortion in Taipei." In Fertility Control Experiences in the Republic of Korea and China. Korea Institute for Health and Social Affairs & Taiwan Provincial Institute of Family Planning. 91 -121.

Hogan R. Human

- 1985 Sexuality : A Nursing Perspective. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Connecticut.

Humm, M.

- 1990 "The Dictionary of Feminist Theory." Ohio State University Press, Columbus

Kim, E.S.

- 1990 "The political discourse of modernity and gender in Korean family planning policy." Research papers, International Conference on the Construction of Gender and Sexuality in East and Southeast Asia. UCLA.

Keller, E.F.

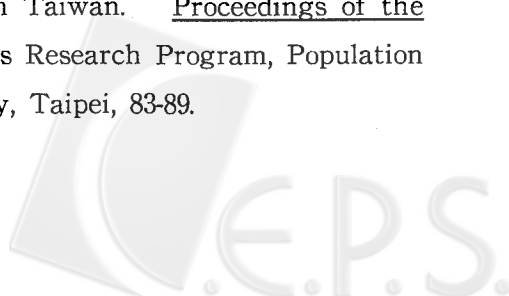
- 1990 "Gender and Science" From J.M. Nielsen (ed.), Feminist Research Methods. Westview press, London. 41-57.

Kathlene, L.

- 1990 "A New Approach to Understanding the Impact of Gender on the Legislative Process." From J.M. Nielsen (ed.), Feminist Research Methods. Westview press, London.

Lethbridge, D.J. & Wang, R.M.

- 1990 "Women experience with contraception in Taiwan." Proceedings of the Conference on Women and Health. Women's Research Program, Population Studies Center, National Taiwan University, Taipei, 83-89.



Lodl, K.M., McGettigan, A. & Bucy, J.

1984-85 "Women's responses to abortion : implications for post-abortion support groups." Journal of Social Work and Human Sexuality, 3(2/3) : 119-32.

Luker, K.

1986 "Motherhood and morality in America." In A. Skolnick & J.H. Skolnick (eds.), Family in Transition. 5th Edition. Little, Brown and Company, Boston : 558-576.

Luker, K.

1984 "Abortion and the Politics of Motherhood." University of California Press, LA.

Osofsky, J.D. & Osofsky, H.J.

1972 "The psychological reaction of patients to legalized abortion." American Journal of Orthopsychiatry, 42(1) : 48-60.

Pascall, G.

1986 Social Policy : A Feminist Analysis. Tavistock, London.

Petchesky, R. P. (2nd ed.),

1990 Abortion and Woman's Choice. Northeastern University Press, Boston.

Sheeran, P..J.

1987 Women, Society, The State, and Abortion : A Structure Analysis. Praeger : New York.

Shorter, E.

1991 "Women's Bodies : A Social History of Women's Encounter with Health," Ill-health and Medicine. London : Transaction.

Tietze, C.

1979 Induced Abortion : 1979, third edition. New York : Population Council.

Tietze, C.

1983 Induced Abortion, A World Review : 1983, fifth edition. New York : Population Council.

Tietze, C. & Henshaw, S. K.

1986 Induced Abortion : A World Review. 6th Edition, The Alan Guttmacher Institute, N.Y.

Walsh, M.R.

1987 The Psychology of Women : Ongoing Debates. Yale University Press, New Haven.



附錄 墮胎合法化的優缺點

正面	負面
<p>減少人口膨脹，成長 減少棄兒的發生 減少母親死亡率（孕婦死亡率） 減少嬰兒死亡率 減少中毒或不安全墮胎 減少私生子</p>	<p>被指責： 不道德（傷風敗俗） 兇手（殺嬰） 性泛濫</p> <p>用墮胎為避孕方法之一（增加重覆墮胎） 耽心墮胎率會增加 有罪惡感，心理不健康 避孕方法教導不當才提高墮胎率 墮胎影響日後生育能力與病人健康 例：子宮粘黏，感染，子宮外孕，流產 死亡率，罹病率與何時墮胎有關。</p>
<p>早期可墮胎（8週內） 早期接受醫療篩選，早發現性病 增加日後使用避孕方法 也有用墮胎為避孕法之一</p>	<p>花費公共基金</p>
<p>減少斂財行為</p>	
<p>女性的生育自主權 個人與社會責任 女性自主，對父權挑戰</p>	

墮胎合法化對臺灣婦女影響的省思

張 珏*

(中文摘要)

本報告嘗試以婦女研究的理念為架構，剖析人工流產（墮胎）合法化後對台灣婦女健康照護與生育自主權的影響，並將它與美國的狀況作比較。回顧相關文獻與Humm（1990）在其女性主義字典中所提的論點在下列各方面有相呼應之處：

1. 目前台灣地區墮胎雖然合法了，但既存醫療上有缺失，且仍有權威式教條，對婦女不尊重，醫療照顧不周全等現象。
2. 墮胎在臺灣仍受父系社會價值的控制。它是以國家政策為導向，相對的較不重視個人的價值。
3. 墮胎在臺灣尚未成為男女對立的主題。但在討論合法化之時，以性氾濫來非議女性，對女性的藐視，只視女性為物體，其意識形態仍值得商議。
4. 目前一般人士尚未有極端化自我中心主見的提出。

整體而言，由墮胎議題反應出在我國仍須要有更多的婦女研究學者參與婦女健康的研究。

關鍵詞：墮胎合法化、婦女健康

*國立臺灣大學醫學院公共衛生研究所副教授



Reflections on the Legalization of Abortion in Taiwan

*Chueh Chang**

(ABSTRACT)

This study probes the state of health care and reproductive self-determination on Taiwan since the 1984 legalization of abortion under the Genetic Health Law. Based on Humm's dictionary the study of several Taiwan cases indicates that although abortion is legal, there is still neither counseling for women nor a comprehensive health care system encompassing abortion. Abortion is institutionalized in such a way as to reproduce the patriarchal value system; in this respect it meshes well with state policy, the population control program and a general disregard for individual will and choice. The study finds that while there is some question as to the actual consciousness of men, there is little gender based conflict over the issue. Discourse among feminists is shown to be neither narrowly nationalist nor Eurocentric.

Key Words: Legalized Abortion Law, Women Health

* Associate Professor, Institute of Public Health, National Taiwan University.

