

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席

生殖健康

案例研究與倫理評析

柏納德·M·狄肯斯 (Bernard M. Dickens)

加拿大多倫多大學法律學系、醫學系與聯合生命倫理中心

瑞貝卡·J·庫克 (Rebecca J. Cook)

國際生殖與性健康計畫；加拿大多倫多大學法律學系與醫學系

艾思特·奇士摩第 (Eszter Kismodi)

瑞士日內瓦世界衛生組織生殖健康與研究部門

譯者：李伯青先生 校稿者：蔡甫昌副教授

中文版翻譯及出版單位：臺灣大學生醫暨科技倫理、法律與社會中心

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席辦公室

**UNESCO Chair in Bioethics,
P.O.Box 6451, Haifa 31063, Israel
e-mail: acarmi@research.haifa.ac.il
Tel: 972 4 8240002. 972 4 8375219
Fax 972 4 8288195**

中文版翻譯及出版單位：臺灣大學生醫暨科技倫理、法律與社會中心
Email: ntubioethics@ntu.edu.tw

COPYRIGHT © UNESCO Chair

All rights reserved © 2006

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical photocopying recording or otherwise without the prior written and signed permission of UNESCO Chair in Bioethics. As a rule, permission will be given to the review, abstraction, reproduction and translation of this publication, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes, subject to acknowledgement of original publication by the UNESCO Chair in Bioethics, the University of Haifa, Israel.

衛生、法律與倫理國際中心

以色列，海法大學，法學院

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席

生殖健康

案例研究與倫理評析

柏納德·M·狄肯斯 (Bernard M. Dickens)

加拿大多倫多大學法律學系、醫學系與聯合生命倫理中心

瑞貝卡·J·庫克 (Rebecca J. Cook)

國際生殖與性健康計畫；加拿大多倫多大學法律學系與醫學系

艾思特·奇士摩第 (Eszter Kismodi)

瑞士日內瓦世界衛生組織生殖健康與研究部門

中文版翻譯及出版單位：臺灣大學生醫暨科技倫理、法律與社會中心

聯合國教育、科學及文化組織 以色列國家委員會

衛生、法律與倫理國際中心

以色列，海法大學，法學院

主席：阿孟農·卡密（Amnon Carmi） 教授

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席

翻譯單位序言

有感於生命倫理學在過去 20 年來在歐美及亞洲諸多國家已然蓬勃發展，成爲橫跨「人文社會科學」與「生命科學」兩大領域，集合跨領域專業（multidisciplinary）研究方法之新興學術研究與教育領域，國立臺灣大學乃於 2007 年 3 月，成立「生醫暨科技倫理、法律與社會中心」，並以研究、教學、社會服務爲目標。研究領域並包括器官移植、生物基因科技、神經科學、奈米科學應用、醫療組織、醫療政策、科技政策等領域之倫理、法律、社會政策議題。另中心亦爲「聯合國教科文組織生命倫理講座國際網絡」（International Network of the UNESCO Chair in Bioethics）的參與機構之一；與該網絡共同推動生命倫理的研究與教學推廣工作。本書屬該網絡之系列倫理教材。蒙該網絡主席以色列籍的 Amnon Carmi 教授同意授權本中心翻譯成傳統字體中文，做爲推廣的教材。本系列教材的翻譯由本中心組成委員會進行審查等工作。本書實際負責翻譯者爲李伯青先生；並由本中心蔡甫昌副教授訂正。一併致謝。

羅昌發

臺大生醫暨科技倫理、法律與社會研究中心 主任

2008 年 1 月 7 日

致 謝

我們要感謝多位生殖健康照護執業人士提供本書所需之案例報告，他們的協力，使得以下之研究得奠基於大量的真實生活經驗，擷取自世界不同地區與不同社會經濟背景，並含括自資源貧乏背景下基礎的生殖健康服務提供，至富裕社群所接受之高度科技服務。

我們要特別向以下人士所做出的貢獻致上感謝之意：

M·阿法南 (M. Afnan) 先生 英國伯明罕婦女健康照護國家衛生事業局婦產科顧問

Professor Jacques Milliez, Hôpital Saint Antoine (Maternité), Paris, France

喬安娜·M·該隱 (Joanna M. Cain) 教授 美國奧勒崗州波特蘭奧勒崗健康科技大學婦女健康中心

Dr. Etienne Baulieu, Faculté de Médecine de Bicetre, Université du Paris Sud, France

范倫鐵諾·利馬 (Valentino Lema) 博士 馬拉威布蘭岱馬拉威大學醫學院婦產科

我們特別要感謝以色列海法大學法律學系、國際衛生、法律與倫理中心、聯合國教科文組織生命倫理講座主席阿孟農·卡密教授 (Amnon Carmi) 對於本書計畫之鼓勵與推行，以及對於一切出版與銷售事項之執行。

柏納德·M·狄肯斯、瑞貝卡·J·庫克、艾思特·奇士摩第
2006年3月

目 錄

簡 介	1
案例一：青少年之避孕諮詢（避孕諮詢；青少年；保密；父母同意）	3
案例二：要求於不告知配偶之情形下結紮（結紮之取得；保密；夫之授權） .5	
案例三：母親對必要醫療之拒絕（產科緊急照護；母親—胎兒衝突）	7
案例四：年輕新娘要求秘密取得避孕（避孕之取得；保密；夫之授權）	9
案例五：青少年性教育（青少年性教育）	10
案例六：性侵害被害人之緊急避孕與良心拒絕（緊急避孕之取得；良心拒絕）	12
案例七：避孕性結紮：諮詢與同意（避孕性結紮諮詢與同意）	14
案例八：性傳染病與保密（性傳染病；保密）	16
案例九：家庭暴力與保密（家庭暴力；保密）	18
案例十：母親基於宗教立場對胎兒必要醫療之拒絕（剖腹生產；母親—胎兒衝突）	20
案例十一：受虐青少年之避孕與性傳染病（STI）諮詢（避孕諮詢；性侵害；保 密；性傳染病諮詢）	22
案例十二：已婚婦女要求於丈夫不知情狀況下進行人工流產（人工流產；保密； 夫之授權）	24
案例十三：母親—胎兒衝突與剖腹生產（產科緊急照護；剖腹生產；母親—胎兒 衝突）	26
案例十四：母親基於個人健康考量拒決胎兒的必要醫療（HIV 陽性；母子傳染； 母親—胎兒衝突）	28
案例十五：青少年敗血症與不完全流產—當父母同意為墮胎要件時（產科緊急照 護；流產後照護；青少年；父母授權）	29
案例十六：於宣稱受強暴情況下之墮胎（性暴力（暴力，性侵害）；人工流產）	31
案例十七：對明顯接受違法墮胎女性之緊急照護（產科緊急照護；流產後照護）	32

案例十八：女性割禮之請求（女性割禮—醫療化）	33
案例十九：富裕與貧困背景下的生殖醫療服務—交叉補貼（人工流產；生產瘦管；剖腹生產）	35
案例二十：性別篩選與產前診斷（性別篩選；產前診斷）	37
案例二十一：一夫多妻文化中之試管授精（in vitro fertilization, IVF）（試管授精；一夫多妻文化背景）	38
案例二十二：試管授精與遺傳疾病之可能風險（試管授精；診斷檢查之拒絕）	40
案例二十三：試管授精情形中植入錯誤的胚胎（試管授精；照護之取得；胚胎植入）	41
案例二十四：試管嬰兒與懷孕風險（試管嬰兒；拒絕治療）	43
案例二十五：代理懷孕諮詢（代理懷孕諮詢）	44
案例二十六：請求植入多枚胚胎（植入胚胎）	46
案例二十七：藥劑師的良心拒絕與緊急避孕之取得（緊急避孕之取得；藥劑師的良心拒絕）	47
案例二十八：HIV 陽性、保密與警告義務（HIV 陽性；保密）	49
案例二十九：試管嬰兒之性別篩選（試管授精；性別篩選；產前診斷）	51
案例三十：智能不足青少年：研究與避孕服務（生殖健康研究；對智能不足青少年之避孕服務）	53
案例三十一：剩餘胚胎（胚胎研究）	55

生殖健康—案例研究與倫理評析

(Reproductive Health—Case Studies with Ethical Commentary)

簡 介

「生殖健康」(Reproductive Health)之概念，經 1990 年代中期聯合國之下兩次會議之強力背書【分別為 1994 年於埃及開羅舉辦之國際人口與發展會議 (International Conference on Population and Development)，以及 1995 年於中國北京舉辦之國際婦女會議(International Conference on Women)】，已被賦予相當國際重要性，其完整定義為：

「生殖健康」係指，生殖系統、作用與過程相關之一切層面中，生理、心理與社會之完全健全狀態 (well-being)，並非僅指無疾病或病恙之存在。因此，生殖健康係指人得以擁有滿足與安全之性生活，同時擁有生殖之能力，以及決定生殖與否、生殖時間與生殖頻率之自由。最後一項要件意謂，男性與女性有權利受到告知，有權利基於其選擇取得安全、有效、可負擔、可接受之家庭計畫方式，及其他基於其選擇、不違反法律之調節受孕方式，並有權利取得適當之醫療服務，使婦女得以安全歷經懷孕與生產過程，同時提供夫婦擁有健康嬰兒之最高可能性。

許多國家已表明—包括透過國際承諾或其國家法律—賦予上開概念效力，使之成為一經法律強化後之倫理責任。

為使醫療專業人員、醫療相關學生與其他人士得以思考生殖健康所著重之倫理要求，以及認識到個人享受生殖權利之先決責任，本書之兩名作者先前曾與另一同仁共同準備一文件，針對生殖健康之醫學、倫理與法律元素以整合的方式進行介紹。該文件以以下不同語言出版：

柏納德·M·狄肯斯、瑞貝卡·J·庫克、艾思特·奇士摩第

英文 *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press, 2003. <http://www.oup.co.uk/isbn/0-19-924133-3> Updates will be available at:

- <http://www.law.utoronto.ca/faculty/cook/ReproductiveHealth.html>
- 法文 *Santé de la Reproduction et Droits Humains: Intégrer la Médecine, l'Éthique et le Droit*. Paris: Masson, 2005.<<http://www.masson.fr>>
- 西班牙文 *Salud Reproductiva y Derechos Humanos : Integración de la Medicina, la Etica y el Derecho*. Bogotá, Colombia: Profamilia, 2004. Contact: juridico@profamilia.org.co
- 葡萄牙文 *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: Integrando Medicina, Ética e Direito*. Rio de Janeiro, Brazil: CEPIA, 2005. Contact: sandra@cepia.org.br
- 中文 生殖健康與人權：醫療、倫理與法律之整合。北京：中國人口出版社（China Population Publishing House），2005年。聯絡方式：chinaphouse@163.net

進一步阿拉伯文之翻譯將由埃及受孕照護基金會（Egyptian Fertility Care Foundation, efcf@lint.net）提供。

該份文件以及本書之目的，並非在於將讀者導引往任何特定結論，而是在當生殖醫療照護發生價值衝突時，協助去界定核心的倫理考量，從而對其解決方案有適當的倫理評價。倫理判斷並非非黑即白、非善即惡，基於給予某倫理原則之優先性，是可以有一個以上合乎倫理之行爲方式。合乎倫理之決策的必要條件包括：界定決策之核心要件，提出倫理上使某一方案優於另一方案之理由。

以下 31 個由真實生活經驗所改編之案例解析，均係基於簡單的事實，使讀者得以掌握其中倫理之元素，而不至於因訴諸科技手段或設想額外之事實，而迴避倫理上之討論。讀者應就其喜好，對該等案例建構其自身倫理面之解釋。

案例解析

案例一：青少年之避孕諮詢（避孕諮詢；青少年；保密；父母同意）

BT，15 歲，前往造訪在她父母所參加之家庭健康保險計畫下，對他們家提供醫療服務之 HK 醫師，並向醫師介紹她 19 歲的 VG，說是她的未婚夫。BT 解釋他們希望能於她滿 18 歲時結婚，屆時將不再需要父母之同意，她並進一步解釋，由於禁慾已使彼此關係陷於緊張，她與 VG 間很快將有親密性關係，然而她並不希望於婚前有任何懷孕之風險；BT 因此要求 HK 醫生就較恰當之避孕選擇，給予她和 VG 建議，她並要求 HK 醫生不要告知她的父母，因為他們並不同意她與 VG 之交往。根據當地法律，男性與 17 歲以下女性發生性行為是違法行為，除非該男性年長於該女性 3 歲以內。HK 醫生應如何建議？

問題

- HK 醫師應給予 BT 什麼建議？
- HK 醫師是否得向 VG，提供關於和 BT 進行安全性行為（protected intercourse）之建議？
- HK 醫師對於保護 BT 隱私之倫理義務為何？
- 對於保護 BT 隱私與提供 BT 父母資訊間之利益衝突，HK 醫師應如何處理？

回應

在未滿 17 歲以及無婚姻關係之情況下，BT 並無法給予 VG 合法的性行為同意，蓋 VG 長於 BT 達 3 歲以上。然而，此一法律規定是為保護 BT 而設立，也正因如此，當 BT 同意與 VG 為性行為時，BT 並不因此違法，惟 VG 將觸犯法律。

因此，HK 醫師得提供 BT 關於避孕保護之建議，惟於此時，尚不得對 VG 提供關於與 BT 從事安全性行為之建議，因為該行為顯然是促使違法行為之發生。然而，於 BT 不在場之情形下，HK 醫師得以通常用語告知 VG 如何取得他可能需要之可靠醫學資訊，在經濟已開發之國家中，一般可以接受，19 歲之年輕男性應被告知避孕相關之資訊。

就維護 BT 之隱私方面，則有現實與倫理兩方面的考量。就現實考量而言，由於 HK 醫師有權利就其所提供之服務，向 BT 父母之家庭健保計畫申報給付，而 BT 之父母也有權利或義務核對於該計畫下申報之服務收據；若沒有其他方式得以掩飾向 BT 所提供之避孕服務，除非 HK 醫師所提供之服務並未收費或是由

其他名目所涵蓋，否則 BT 的隱私將因此洩露。然而，應排除由 VG 來付費。倫理面的議題則涉及 BT 以一個自主成人身份接受治療之權利；當地法律或許承認有「成熟之未成年人」(mature minor) 概念，若是如此，且 HK 醫師確認 BT 有能力理解並依相關資訊採取行爲之能力，則 BT 將有部分的自主權以決定其醫療內容，以及何人得以分享其醫療資訊。然而，由於 BT 係屬未成年，她的父母對她所接受的醫療照顧應負有部分責任，也需進一步瞭解醫師所開給她的之醫療處方，以履行其責任。另一個支持保密的論點則爲：除非青少年相信其隱私權被保障，否則他們可能不會主動尋求所需之醫療服務。

單就爲 BT 提供諮詢而言，HK 醫師因此應建議她考慮其父母將得知其獲得避孕處方之可能性、尋求替代給付方式之可能性，以及她可以依靠伴侶使用保險套或其他男性避孕方式，或是建議維持禁慾。若她選擇避孕，倫理上 HK 醫師得提供處方，但若該等服務係由其父母健康保險所支付時，則不應給予完全保密的保證。若基於個人對於青少年或婚前性行爲之道德非難，而拒絕提供 BT 避孕方法，且 BT 變得縱慾而無相對應保護措施時，HK 醫師將負起重大責任。

案例二：要求於不告知配偶之情形下結紮（結紮之取得；保密；夫之授權）

TW 太太，37 歲，為四個女兒的母親，其中最小的僅 3 歲，她患有貧血，經常感到疲倦；她與丈夫居住於簡樸的農村家中，藉由種植作物、豢養禽畜、蒐集柴薪、以及待其丈夫至最近城鎮尋找工作時，攜帶部分貨品至當地市場兜售，以維持家計。她至地方的家庭計畫診所，請求 JB 醫生為其進行結紮，因為她認為，以她的健康狀態以及有限的家計能力，她無法再承擔另一次的懷孕與扶養另一個小孩。她表示她可以以她的儲蓄支付結紮費用，但要求 JB 醫生承諾該診所之人員不會將此事告知其丈夫，因為她的丈夫始終希望擁有一個兒子，若得知此事，可能會採取暴力。根據當地文化（但非法律要求），一般認為關於妻子之醫療事務，應諮詢丈夫之意見。

問題

- 本案所涉之倫理意涵為何？
- JB 醫師是否負有倫理上之義務，將 TW 太太之要求向其夫揭示？
- JB 醫師是否有義務請求 TW 先生授權，以履行 TW 太太之請求？
- JB 醫師是否應對 TW 太太進行結紮？

回應

就醫學證據而言，TW 太太不適合再一次懷孕，惟本案倫理上之質疑，係來自於當地文化中，男性影響甚至控制其妻子醫療事務之權利，以及 TW 先生之暴力傾向。JB 醫師有可能認為有必要尊重當地文化，並基於倫理考量，避免成為向 TW 先生詐欺之幫兇，加劇其因無法擁有子嗣之沮喪，進而拒絕在其丈夫不知情的情形下對 TW 太太進行治療。

若對 TW 太太進行治療，並根據其要求不告知其夫，其倫理上之論點則在於醫學上顯示本案結紮係屬適當，且若 TW 先生得知 TW 太太阻撓或試圖阻撓他擁有兒子之願望，TW 太太將承受暴力。就倫理平衡考量而言，擁有一個兒子對家庭經濟前景之重要性，應給予相當之重視，惟任何利益均可能被下列因素所抵銷，包括 TW 太太健康之代價、TW 太太因精力減損而影響對家庭收入之貢獻、以及現有家庭成員對她工作之依賴等。再者，TW 太太亦有可能在之後的懷孕中生下女兒。

與倫理面相關的現實困難則包括：結紮手術是否會留下生理上證據（例如疤痕）而被其丈夫發覺，以及診所人員就該手術之保密上，是否能被期待且信賴。

TW 先生不知其妻接受結紮一事，在倫理上應受到重視，但由於 TW 太太基於其生殖之自我決定權（right of reproductive self determination），本來就可以自由地成為病人以接受醫療，而伴隨擁有隱私受到保障之權利，此足以消除任何有關 TW 先生受到欺瞞之疑慮。儘管 TW 太太對她丈夫也許有告知事實的道德義務，但該診所並無倫理上的責任須強迫 TW 太太必須這樣做，亦不應該以 TW 太太必須放棄自己的隱私權，作為其接受必要醫療照護之前提。

案例三：母親對必要醫療（indicated care）之拒絕（產科緊急照護；母親—胎兒衝突）

一名 24 歲、擁有三個小孩的女性，於其第四胎懷孕時，因嚴重陰道出血而被送入急診室，執行陰道填塞止血（vaginal packing）亦僅能部分延緩出血。該女性被診斷出罹患第 IIB 期的子宮頸癌以及懷孕第八週；接下來建議採取的方式包括：對子宮動脈進行栓塞（embolize uterine artery）或是以高劑量的放射治療（high dose fractions of radiation）以止住出血，惟無論採取何種方式，均會造成懷孕的終止。該患者僅會說外國語，但譯者與其丈夫均確定，由於治療將使她失去胎兒，因此她拒絕接受治療。她持續大量出血，並失去意識，若再繼續出血，她的健康甚至性命都將瀕臨危險，她的丈夫請求醫療團隊採取任何能挽救其妻子治療方式。

問題

- 本案醫護團隊所面對的倫理困局為何？
- 於確定患者拒絕治療是否合理時，有哪些問題是醫護團隊應考量的？
- 醫療人員應如何做為？

回應

醫療人員挽救其病患的性命，一般不會被認為是不符合倫理，然而，當一孕婦願意冒其生命危險，以挽救其可存活的胎兒之性命，並且已無其他方法足以挽救胎兒性命時，基於尊重孕婦其自主的倫理權利，而遵從該孕婦自我犧牲之選擇，在倫理上可以被視為是正當的。但在本案中，特別是當該孕婦患有未經治療的出血與子宮頸癌的情況下，其八週大的胎兒存活率並無法確定。

關於該孕婦無法以本國話表達其意願，在本案中並無倫理上的重要性，特別是譯者與其丈夫均確定她拒絕接受治療；其丈夫之確認應特別具有可信度，因他所轉達妻子之意願，與他本身的意願並不相同。對該孕婦進行治療必須在其失去意識之後才能決定，但倫理上而言，違反患者已確知之意願時，對無意識之患者進行治療，並不會比治療清醒患者有更多的判斷空間。

本案倫理上之質疑，來自於該孕婦對於保留未出生胎兒性命之意願，雖有能力達成且傳達上也具有適當的可信度，但此一意願可能不切實際。在高估該胎兒未來的存活可能、高估其本身在持續出血下之存活可能、同時並未適當考慮其現有三個小孩的福祉之情形下，該孕婦所做的選擇顯得天真或不盡明智；她丈夫的要求可被視為代表受其扶養之三名子女所提出，有理由獲得倫理上的尊重，因此

足以在倫理上限制其妻子之自主權，且受到法院之認可。在倫理上，該孕婦對於胚胎或胎兒之感情，以及她扶養之三個年幼子女之利益，相較之下前者之重要性可能較低。綜上所述，雖然醫療服務提供者有倫理上的理由去遵從孕婦拒絕接受治療之決定，如同耶和華見證人教會（Jehovah's Witnesses）之信徒拒絕接受救命性的輸血治療，但在經過效益主義之風險效益評估(risk-and-benefit assessment)後，在倫理上同樣有理由可主張應優先拯救該孕婦之性命。

醫療團隊應考量，雖然她可能會因為醫療處置而失去此一胎兒，但她成功康復，將有機會再懷有下一胎。

案例四：年輕新娘要求秘密取得避孕（避孕之取得；保密；夫之授權）

EF 16 歲，六個月前與一個她不是很瞭解的 27 歲男性結婚，他們的婚姻是由雙方家庭所安排。她的丈夫曾帶她至家庭醫師 DH 醫師處進行例行健康檢查，GH 醫師發現 EF 身材嬌小、營養欠佳、且骨盆尚未發育完全。EF 告知 GH 醫師，雖然夫家十分急切，希望她能盡快懷孕，她仍希望能延至 20 歲時再進行生育，她並向 GH 醫師詢問避孕方式。

問題

- GH 醫師於本案中主要的倫理責任為何？
- 在 EF 諮商同時，有哪些社會與醫療要件是 GH 醫師應與 EF 討論的？
- GH 醫師是否應在沒有 EF 同意之狀況下，將 EF 之請求通知其丈夫？

回應

GH 醫師應向 EF 解釋，身為醫生，他建議其丈夫：在 EF 適當發育前使她受孕對於他未來的孩子以及 EF 本身的健康均不利，若能多等幾年，將對他所負責之家庭家人們的健康有所裨益。然而，GH 亦應建議 EF 若她被懷疑是無法懷孕時，她在夫家中所可能會落入之處境。因此建議讓她的丈夫知道妻子有無避孕，應是較妥適的方式。若 EF 之丈夫可能禁止 EF 避孕，然而確有可行的避孕方式得以瞞過其丈夫，將使本案在倫理上產生疑慮。

醫師對於 EF 主要的倫理責任是保護其健康。她目前有過早懷孕（premature pregnancy）的風險，因而導致難產（obstructed labour），亦可能因過長的產程（prolonged labour）進而產生瘻管傷害（fistula damage），GH 醫師應整體考量 EF 週遭一切情狀，以評估在過早懷孕之狀況下，如何處理可能之難產或過長產程狀況，若跡象顯示過早懷孕將有害 EF 之健康，提供避孕措施將屬於倫理上適當之選擇。該醫師不應意圖欺瞞 EF 之丈夫，但應遵從標準的為病患保密規範，包括若向其丈夫收取 EF 之診療費用時不別表明診療內容，惟若 EF 必須持避孕用品之處方籤至藥劑師處時，則可能無法繼續隱瞞。

若 DH 醫師向 EF 之先生報告 EF 之健康狀態時，或可以表示：將 EF 許配給他為妻一事，並未適當地考慮到 EF 生理發育階段是否適合為人母親。即便在 EF 本身並無疾病或傷殘之情況下，在未來三年內，EF 之懷孕在醫學上仍被視為大忌。然而，DH 醫師應諮詢過 EF 並取得其同意後，方得如此向其丈夫進行報告。

案例五：青少年性教育（青少年性教育）

JK 醫師受雇於一公立中學之理事會，提供醫療服務給年紀 11 歲到 16 歲的學童。該學校為男女合校，並無宗教信仰。JK 醫師自其五年經驗中發現，14 歲以上學生中，懷孕與性傳染病（sexual transmitted infections, STIs）有增加之情形，於是提議給予他們一般的性健康教學，告知他們性禁慾的優點、可選擇之避孕方式以及為免於受到性病傳染所採取的保護措施之重要性。部分家長反對他們的子女接受關於避孕的教學，因為那違背父母的宗教信仰，另有部分家長反對則是憂心該等教學反而會促使學童嘗試性行為。

問題

- JK 醫師是否應提供性健康之資訊給學生？
- 在本案情形中，JK 醫師對學生與家長負有什麼樣的倫理責任？

回應

由於 JK 醫生負責提供醫療服務，包括給予中學生照護與醫療上之指示與建議，而該等中學生正規教育部分又屬校方理事會職責，因此關於生殖健康與性方面的教育，倫理上應屬 JK 醫師職權之內。履行此一職權，應考慮到學生普遍的健康情形，包括高年級中逐年增多的懷孕與性病傳染案例，基於以上觀點，JK 醫師必須提供學生們最有效的健康保護。本案例中，主要的倫理爭議並非在於提供學生適當的教學，而是在於家長們的反對。

學校理事會透過教職員去履行的部分職責，即在於與家長進行溝通並提出建言，因此，JK 醫師應告知家長哪些是校方所能做的，而關於子女教育與社會化過程的部分，則屬家長之責任。由於校方理事會本身並無宗教信仰，雖然校方有可能介紹給學生不同宗教信仰之價值，但並不會指示學生遵從特定宗教之價值，因此家長無從期待學校去迎合其自身信仰之道德意義。學校的教學建議禁慾，但也教導當性行為發生時應採取之預防性保護措施，同時應包括盡可能避免非同意情況下與非自願之性行為發生。JK 醫師在與家長座談時，應強調性生理知識之提供有助於避免不安全性行為所產生之嚴重後果，例如非情願的懷孕、不安全的墮胎以及性傳染病包括 HIV。

JK 醫師必須考慮遵從家長們所提出不讓他們子女參加生殖健康或避孕教學之請求，此一遵從或許為 JK 醫師屈從壓力之選項。然而，未參加之學生可能在同儕間受到排擠，並使他們無法接收自我保護及生殖健康安全相關之必要建議。綜上所述，JK 醫師應告知家長，學生對於性方面的無知，無論長期或是立即的

福祉，都將造成負面影響，且拒絕適當的教學將與教育目的相違背，再者，該等教學將不會排除或抵觸任何家長在家中所教授之宗教與社會價值。

案例六：性侵害被害人之緊急避孕與良心拒絕（緊急避孕之取得；良心拒絕）

RM 醫師為一偏遠村落中唯一的醫生，星期六晚間，該村之警官帶了一名 13 歲的少女至 RM 醫師處，該名少女前一日被發現傷痕累累、受到暴力攻擊、並被遺棄於溝渠內。該名少女目前意外清醒，從她被撕破不整的衣著、擦傷與撕裂傷判斷，她顯然曾受到性侵害。警員請求 RM 醫師為她進行治療，並採集施暴者之組織檢體（如精液），以做為將來法醫鑑識之用。然而，當 RM 醫師試圖採集檢體時，該少女抵抗並哭叫她不要任何的器具放進她的體內，該少女並表示她不希望懷孕。RM 醫師有辦法採取緊急（事後）避孕措施，但他本於良心拒絕實行緊急避孕。該少女原本必須遲至星期一中午才有可能轉診至其他醫療院所，但若可支付一筆可觀之花費（相較於診所有限經費而言），她便能於隔日（星期日）晚間被送至城中醫院的急診部門。

問題

- RM 醫師在本案中所面對的倫理困局為何？RM 醫師應如何妥適地為年幼的被害人進行治療？
- RM 醫師在提供該少女緊急避孕上，應負怎麼樣的倫理與法律責任？
- RM 醫師本於「良心拒絕」(conscientious objection) 立場，拒絕進行治療，其界限為何？
- RM 醫師由該年幼被害人身上，應取得什麼鑑識證據？

回應

對於該名經合理判斷顯示受到性侵害之少女，醫學上必要的治療方式即為對她進行緊急避孕，該治療方式雖在 RM 醫師能力範圍之內，但他在此刻面對倫理上的爭議，本於良心，他拒絕加以實行，這可能是基於緊急避孕屬於另一種形式墮胎之觀點，或是認為人工避孕本身即屬錯誤。若採取前一觀點，RM 醫師必須提出倫理上的理由，以駁斥婦產科專家間的普遍共識，亦即：於不安全性行為後 72 小時內採取緊急避孕，將在受孕開始前發揮其效果。至於第二種觀點，雖與第一種觀點一樣經常是來自於宗教上的信念，但並無從以生物科學加以駁斥。宗教信念固然值得尊重，但此時若基於良心而拒絕提供醫療者倫理上與法律上的義務，即係將病患轉介至其他不會因良心而拒絕提供治療的醫者手中。因此，在本案中，RM 醫師必須設法解決幾個倫理上的問題，包括將少女轉診至城中醫院的高額費用，以及使她承受舟車交通與延長與家人隔離時間之心理影響等。若 RM 醫師發現該等費用過高，以至轉診無法實行，身為醫生，他有倫理上的義務按下個人信念，立即以可行的方式為少女進行治療。

倫理上，RM 醫師的不傷害義務與該少女的自主權利，再加上特別考慮到本
案中少女之年齡以及性侵害之事實，凡此種種，均要求 RM 醫師積極作為，以防
止懷孕發生。RM 醫師的良心拒絕造成了利益衝突，包括醫師對個人信念之保護
將導致患者承受懷孕之風險，或是必須使用診所微薄經費來支付少女轉診至城中
醫院之費用，而 RM 醫師本身有能力提供與城中醫院相同之治療。

警方對於鑑識證據之要求，或可透過自受害者身體外表上一如皮膚或頭髮—
採集組織而達成，然而一般而言，在沒有被害人同意或法院命令之情形下，並無
權力對被害人進行體內採證。在本案中，該少女是否有能力接受治療尚屬未定，
但對於非自願、非治療性的身體侵入，尤其是對其陰道之侵入，顯然有拒絕之能
力。因此，RM 醫師在倫理上恐怕無從完全達成警方之要求。至於以違法威脅該
少女，例如她不同意進行採樣將造成妨礙警方執行勤務，在倫理上亦不適當，法
律上也將被評價為無效。然而，若對身體之侵入係出於對少女妥善治療之必要，
則任何在過程中取得之組織檢體均得保存作為鑑識檢驗之用。

案例七：避孕性結紮：諮商與同意（避孕性結紮諮商與同意）

JS23 歲，身體健康正常，卻患有嚴重的表達性失語症（expressive aphasia），她雖無從以言語表達個人意願，但卻可以維持個人的情感關係。她與 58 歲的寡母同住，她的母親擔心，由於 JS 對於男性頗具吸引力，若同意她進行社交生活，包括與男性友人獨處，她很可能會受孕。該母親請求 RE 醫師為 JS 進行結紮手術，使她可以享有較正常、較少監護的社交生活，並建議採取子宮切除術（hysterectomy）使 JS 往後不必再忍受月經期間的不適。當地法律允許「基於健康考量之必要性（when indicated on health grounds）」得採取避孕性結紮。

問題

- RE 醫師應如何回應該母親之請求？
- 在本案中，該結紮是否逾越監護人權限？
- 為做成法律上與倫理上可被接受之決定，RE 醫師是否應尋求法律上的協助？或是在本文中，RE 醫師應向何人諮詢？

回應

根據世界衛生組織憲章（the Constitution of the World Health Organization），「健康」係指「生理、心理與社會之健全狀態」（the state of physical, mental, and social well-being）。在本文中，縱使懷孕可能使她感到不適或是生理上受到束縛，避孕性結紮對 JS 生理上的益處並不顯著。懷孕可能會造成 JS 的心理創傷，她可能對懷孕所產生的生理狀態感到不解或是壓力。然而，結紮可能對於她的社會功能健全有所助益，她將得以更自由地於私人時間與其所選擇之男性友人相處。基於上述，RE 醫師在倫理上得考慮支持 JS 的結紮。

然而，RE 醫師必須注意，因為在本文中，JS 的母親請求進行手術以及在法律上行使同意權等行為，似乎並不必然基於中立或是單獨考量 JS 的利益，若 JS 懷有小孩，撫育與教養的責任很有可能就會落到這位母親身上，她所建議的子宮切除術，顯示她願意使 JS 承受比一般結紮更具侵入性的手術，一般智力正常的婦女並不會以方便為由接受這樣的手術。

在某些婦女得自願接受結紮手術的國家中，終審法院（leading courts of law）已認定不允許由父母親或是第三方授權，對身心障礙者所實行的避孕性結紮手術；考量到手術不具治療性、無法回復、以及可能屬重大手術等理由，該等結紮手術被認定為已逾越監護人的授權權限。基於上述，在本文中 RE 醫師得拒絕 JS 母親之要求。若 JS 醫師考慮進行結紮，其可能之條件包括該母親取得司法同意，

且採取最小侵入性的方式。該母親所建議的子宮切除術，在倫理上似乎已超過任何純為避孕目的而可採用的手段。

案例八：性傳染病與保密（性傳染病；保密）

DL 醫師為某一郊區社區中唯一的醫生，他為 22 歲，T 家族長子 JT 治療性傳染病（active venereal infection）。據 JT 表示，他可能是在附近城鎮的夜店中，與一異國舞者發生關係而受到感染，在為 JT 進行檢測的過程中，DL 醫師並未發現有 HIV 感染之證據。某日，DL 醫師的患者 MA 先生至 DL 醫師診所中接受治療時，告訴 DL 醫師他 17 歲的女兒將在二個月後和 JT 結婚，MA 知道 JT 為 DL 醫師之患者，遂詢問 DL 醫師是否有任何關於 JT 的健康資訊是他女兒事前應該知道的。

問題

- 本案倫理上的困局為何？
- DL 醫師可以如何回答？
- DL 醫師在本案中應諮詢何人？

回應

在倫理上，DL 醫師似乎別無選擇，只能提醒 MA 先生，身為醫者，他必須保護患者的隱私，因此他無法與 MA 先生討論鄰人的健康狀況；即使 DL 醫師表示 JT 並未帶有 HIV（AIDS 病毒）亦將造成爭議，因為這樣可能會被解讀為 JT 並未帶有性傳染病；再者，MA 先生可能知道 HIV 雖有其他傳染途徑，但仍為性傳染病（sexually transmitted infection, STI），他同時會瞭解到，DL 醫師為 JT 進行性傳染病檢查，而表示僅排除某一感染，他仍然可能有其他的感染。總此，DL 醫師得建議 MA 先生，就如同其他所有準新娘，他的女兒應該與 JT 交換彼此之健康資訊。

然而，在例外情況下，DL 得在倫理上正當地違背或豁免對 JS 之保密義務，但並不必然是對 MA 先生。若 MA 先生的女兒要求 DL 醫師提供避孕處方，表示她與 JT 彼此間目前或即將有較多的性行為，DL 醫師得預防性地詢問她是否曾與 JT 討論過他的醫療狀況。無論 DL 醫師在此一程度上的隱私揭露是否符合倫理標準，法院曾認定，醫生為保護弱勢者（vulnerable person）而犧牲患者之隱私，在法律上得被豁免而不構成法律責任。

綜上所述，雖然 DL 醫師較佳之回應是維持 JT 醫療上的隱私，特別是為避免其他患者因擔心隱私被違背而拒絕就診，但在例外情形中，若已無其他方法可避免弱勢者受到嚴重損害（significant hazard），而所揭露的資訊是為了達到保護目的所必須之最小程度，則此隱私的揭露在倫理上可獲得正當性或受到豁免。

DL 醫師得與 JT 聯絡，提醒他對於性伴侶的責任，並詢問他是否有將他受治療一事告知 MA 先生的女兒。

案例九：家庭暴力與保密（家庭暴力；保密）

MV 太太，27 歲，育有三個年幼的小孩，至 CI 醫師處進行婦科治療，在檢查過程中，CI 醫師發現她的陰部有嚴重的瘀傷與撕裂傷，其身體其他部位也有瘀傷痕跡。CI 醫師詢問她是否受到暴力侵害，MV 太太表示，他的丈夫在房事或其他方面都十分粗暴，有時並會就家務上的錯誤處罰她，但並未毆打過小孩。MV 太太請求 CI 醫師不要通知警方或其他主管機關，因為這將激怒她的丈夫，她表示她與她的孩子都須要靠她的丈夫撫養與庇護，她們無法承擔她丈夫坐牢或因此失去學校教職的後果。

問題

- CI 醫師所面對的倫理困局為何？
- CI 醫師可以怎麼做？
- CI 醫師應給予 MV 太太怎麼樣的資訊與建議？

回應

CI 醫師應尊重 MV 太太為一成熟之人以及對於子女利益的監護權，她有能力評估她本身與其家庭利益之輕重緩急，做出比 CI 醫師更佳之判斷，因此，CI 醫師應盡可能地遵從她本身的意願。相較於孩童受虐案件，僅有少數國家針對配偶受虐（spousal abuse）制定強制通報（mandatory reporting）規定，然而，CI 醫師得就是否取得家暴諮詢服務一節，對 MV 太太做出建議，若 CI 醫師察覺到暴力有升高的趨勢，且對 MV 太太之性命感到憂心，可能會考慮通報警方以採取保護干涉，惟 CI 醫師亦應考量通報警方是否會招致將來進一步的家暴。

CI 醫師並得建議 MV 太太與其丈夫一同就診，或是其丈夫單獨前來就診（無論其丈夫是否為 CI 醫師之患者），以討論情緒控制（anger control）與其婚姻暴力之問題，或是一同造訪相關專家，以減少家暴之情形。醫師處理此一事件之方式應不具批判或非難性，反之，應是說明該丈夫之行為如何危及 MV 太太之健康以及整個家庭；CI 醫師將視該丈夫為一個需要接受照護與輔導之人，學習包括如何在與妻子之性事或家庭互動上，以其他方式代替暴力。CI 醫師得以對 MV 太太病症的觀察為基礎進行討論，並強調 MV 太太並未指控施虐一事，同時對於丈夫對她懲罰或溝通之模式也沒有異議。若該丈夫並非 CI 醫師之病患，MV 太太與 CI 醫師應共同考慮將該丈夫對妻子施暴一事告訴該丈夫之醫生。

萬一該丈夫對於上述之做法採取負面態度、否認施暴、甚至怒顏相向，CI 醫師得提醒該丈夫警方介入之可能性，包括透過醫師的舉發或是其他方式，同時

也告訴該丈夫此舉對其事業或家庭可能造成的傷害。CI 醫師得解釋對 MV 太太不通報意願的尊重，但同時也聲明身為醫者，面對患者持續受到暴力攻擊的情況下，他無法始終無動於衷。

案例十：母親基於宗教立場對胎兒必要醫療之拒絕（剖腹生產；母親—胎兒衝突）

在治療 TP 太太懷孕後期的併發症時，RR 醫師診斷出胎兒有前置胎盤（placenta previa）情形，並認定若依 TP 太太意欲進行自然分娩，將無法活產且 TP 太太本身的生命亦將受到嚴重威脅。然而，TP 太太拒絕 RR 醫師剖腹生產之建議，並表示若該診斷正確，她的宗教信仰確信神蹟將會解決此一問題，她將會安全地產下健康的嬰兒。

問題

- RR 醫師是否得不顧 TP 太太之反對進行剖腹產？
- RR 醫師是否得請求法院授權進行剖腹產？

回應

醫生在倫理上或法律上均沒有權限單方面地對其患者實行他們認為對患者最佳利益之判斷，因此 RR 醫師在原則上必須受限於 TP 太太自然分娩之意願。TP 太太與其丈夫均應被告知（如同他們已被告知的）嚴重的醫療預後（medical prognosis），並強調胎兒與 TP 太太本身生存之風險，但若已適當告知而 TP 太太仍拒絕該等建議，RR 醫師在倫理上或法律上將不得進行剖腹生產，而應為接下來危險的自然分娩預作準備。

儘管 TP 太太相信一切將會順利，但針對生產過程中可能發生無法兼顧救治胎兒或是 TP 太太生命之兩難情況，RR 醫師仍得事先徵求該夫妻之指示；若該夫妻仍否定此一情況發生並拒絕做出決定，RR 醫師得告知可能的救治優先順序，並徵求其意見。RR 醫師並得告知該對夫妻，根據倫理或法律上適用於緊急情況之原則，若自然分娩被證明為不可能，該胎兒註定死產，且 TP 太太之生命將承受極大之風險時，在別無他法的情況下，將實施未排定之緊急剖腹產以挽救 TP 太太之生命。

RR 醫師在判定預後上可能要謹慎，因為有些被認為預後嚴重不良之案例，事後被證明該判斷是錯誤的，而儘管法院已為未出生之嬰兒指定法定監護人（legal guardian），但母親卻自然地產下健康嬰兒。然而，若在可行之情況下，RR 醫師得重新檢討是否向法院申請授權排定剖腹生產。國際上關於法院指定剖腹生產之案例利弊互見，包括對母親與小孩最好的結果，也包括在某一指標性的負面案例中，法院的命令最終成為母親的死亡證明書上的死亡原因，此案例中嬰兒與母親悲劇性的結果，對於法院的主動權有寒蟬之效應。然而，若 RR 醫師選擇此一手段，所有的法律行動應具有充足的時間，使雙方得以蒐集包括專家意見

在內之相關證據。

案例十一：受虐青少年之避孕與性傳染病（STI）諮商（避孕諮商；性侵害；保密；性傳染病諮商）

YL，18 歲，至 NG 醫師處進行避孕治療並檢查性傳染病狀況，她解釋她受到父親友人的性虐待，包括非自願的性交（non-consensual intercourse），她並進一步解釋，她曾向她的父母親反應此事，但他們憤怒地否定此事的可能性，並指責 YL 賣弄風騷以及具性挑逗性（sexually provocative）；她的家庭住在一個小社區中，家計拮据，因此她無法離家獨立自給，該社區在信仰上十分虔誠，因此任何警方或當局介入的性醜聞都屬於相當羞恥之事。她請求醫生不要通知她父母她接受避孕一事，因為那將證實他們對她不道德的懷疑。

問題

- NG 醫師應怎麼做？NG 醫師應如何協助 YL？
- NG 醫師在本案中得另外與何人諮商？

回應

本案中 YL 所要求保密的並不是她受到父親友人施虐的事實，此一部份她業已告知其父母，YL 要求保密的是 NG 醫師所開立的避孕處方。NG 醫師因此得詢問 YL，若她的父母親從醫師口中得知她受到性侵，且生理與心理之健康已受影響，是否會提高他們對她受害的相信程度？由於 YL 有保密之權利，因此關於處方並不需要被提及，若其父母問起，NG 醫師只要回答 YL 已受到妥當醫療即可。

在該一小型社區中，若 YL 同意，NG 醫師可能還有其他方式得與該父親之友人對話。在不揭露開給 YL 的處方的情況下，NG 醫師得以接近一般病患的方式接近該友人（假若他的確非 NG 醫師之患者），同時對他保證保護其隱私；NG 醫師得談及 YL 的指控，並表示因為該指控真實與否關係到對 YL 的治療，因此有必要向該友人證實。縱使該友人否認該指控，由於知悉 YL 已有尋求協助，或許得以嚇阻他將來再採取相同行動。

更進一步的選擇則包括，在該一信仰虔誠度很高的社區中，NG 醫師得在取得 YL 同意之下，與該父親友人所處社區之牧師（minister）溝通，該牧師就如同醫生般，亦將意識到對此事的保密義務。此外，NG 醫師得將對該一特定友人指控的來源歸於他某位患者，但並不指名道姓。該牧師前往與該友人對談，可能同樣以否定指控的結果坐收，但也使他意識到他的犯行已受到嚴重關切，再者，若 NG 醫師或該牧師能使該友人相信，若 YL 一旦懷孕，則警方主動採取父子鑑

定（paternity testing）將確認他的身分，則將促使該友人停止對 YL 之犯行。就更廣泛的層面來說，NG 醫師或得考慮與其他醫生、牧師或社區領袖進行討論，在不揭露任何特定被害人之情形下，喚起對社區內可能發生類似案件之意識。

案例十二：已婚婦女要求於丈夫不知情狀況下進行人工流產（人工流產；保密；夫之授權）

FT，33 歲，已婚，為四個健康小孩的母親，其中最小的只有十個月大。儘管她以為自己可以藉由哺乳而避免懷孕，她最近卻再一次非自願地懷孕，目前是 12 週。雖然她的丈夫基於宗教立場反對人工流產，她仍要求人工流產診所（abortion clinic）為她終止懷孕。她曾詢問若進行人工流產她丈夫的同意是否屬必要，並被正確告知：根據當地法律，丈夫之同意並非必要。FT 急切地希望不要在未告知丈夫的情況下離家，此外由於不久前家庭暴力的記錄，她害怕她的丈夫會至診所中對她使用暴力並阻止手術進行；再者，由於害怕她的丈夫在得知這項手術後可能會和她離婚，她對於進行人工流產感到十分憂心，她並無職業，對於是否要以她四個子女的未來為賭注，她感到猶豫不決。

問題

- 該人工流產診所應如何回應 FT 的請求？
- 本案中主要倫理爭議為何？

回應

本案主要倫理爭議在於患者的自主權與隱私權、丈夫之權利與義務、以及對受撫養子女之保護。在本國法律所允許之範圍內，該診所基於 FT 本身的知情同意（informed consent），以及她所撫養子女之利益考量，在倫理上有權利接受該女子為人工流產之患者。本案倫理上的爭議涉及她本身隱私權應受保障，以及她丈夫應受諮詢而非欺瞞之主張。在此，尚不能確定她的丈夫知悉她已懷孕。

該診所可能考量到該丈夫所具有的父親地位（fatherhood），認為應該維護他有受到諮詢之權益。如此，則該診所應先告知 FT 太太，使她明白診所對於施行該手術將必須尊重她丈夫之否決權，使她有機會可以撤回該醫療請求，並基於家暴記錄或離婚之威脅，合乎倫理地要求診所不要通知她的丈夫。

若該診所決定接受 FT 太太終止懷孕之請求，則向其丈夫之揭露將引起爭議。診所在倫理上並無義務強制執行或監督患者對其伴侶所負之義務，但 FT 太太可能無法在其丈夫不知悉她前來診所之情況下進行手術。其中一個可能作法為告知 FT 先生他的妻子前來進行婦科治療，但不提及流產；若他並不知道懷孕一事，也無庸對他進行告知。不完整之揭露可滿足倫理上實話實說（truth-telling）之義務，且不必然違背不欺騙之倫理原則。然而，若丈夫知悉其懷孕，診所醫療人員則應判斷不揭露 FT 是人工流產，使丈夫認為是自然流產（spontaneous

miscarriage)，這樣在倫理上是否屬於正當。從行善（beneficence）觀點，由於人工流產會使該丈夫因宗教或家庭因素而感到痛苦，因此不進行揭露應屬正當。從不傷害（non-maleficence）觀點，若該丈夫將侵略性地干預此一手術、對 FT 太太採取暴力、或是提出離婚而傷害到其子女，則不進行揭露同樣屬於正當。

綜上所述，適當之做法為通知丈夫流產之事實，但不告知該流產為人工引致。若他詢問是否有人工流產之請求或實行，基於倫理上風險利益評估（benefit-and-risk assessment），特別是考量到他可能採取暴力回應之性格，不明確的回應在此情形下應可謂正當。

上述回應係假設 FT 太太可能無法在丈夫不知悉之情況下進行手術。

案例十三：母親—胎兒衝突與剖腹生產（產科緊急照護；剖腹生產；母親—胎兒衝突）

KB 於產房內開始陣痛，其子宮頸擴張至 3 公分，胎膜（fetal membrane）破裂且其羊水顯示有濃厚的胎便（meconium）色澤，胎心監視（fetal heart rate monitoring）顯示反覆有嚴重減速（deceleration）情形，判斷有臍帶壓迫（umbilical cord compression）與胎兒窒息（fetal asphyxia），應進行剖腹生產。然而 KB 本人與她同在產房內的丈夫均拒絕剖腹，他們堅持在文化上，女性應從下體進行自然分娩，且任何在下腹部留下的剖腹疤痕，將會使 KB 回到其母國時安全受到威脅，蓋在其母國內，剖腹手術極為罕見。經以電話詢問律師，當地的立法通常並不允許以法律強制女性接受手術；但律師也認為，任何的醫療行為（無論是緊急剖腹或其他）均是法律上允許的，蓋當地法律並不對緊急情形進行管制。就技術上而言，有可能先對 KB 進行麻醉注射再進行剖腹。

問題

- 本案負責 KB 醫療之醫生應怎麼做？
- 本案之倫理爭議為何？

回應

本案無論在法律或是倫理上，應先謹記 KB 才是患者，並非 KB 之丈夫，其丈夫充其量只是提供 KB 意願之資訊，或是在無法得知她意願時，協助（但並非當然決定）判斷 KB 之最佳利益。同時應謹記：該胎兒雖具有相當之重要性，但縱使為活產，胎兒在道德上之地位尚不足以凌越患者受到符合其意願或利益之治療的權利。在倫理上，法律上通常也是，胎兒並不真的是病患，僅是類推（analogy）為病患而已。本案中，時間上並不允許向法院請求做成剖腹生產之命令。

KB 正在陣痛，但仍有能力形成並表達其意願，即不願接受剖腹生產。此一決定或許是因為未被充分告知對胎兒存活或健康之影響，但在倫理上，尚無從據此漠視此一決定。若時間許可，應再一次告知 KB 她的胎兒正處於危險狀態，唯有透過剖腹生產胎兒才能免於死亡或嚴重傷害。然而，若她拒絕同意，此胎兒之危險狀態可能必須持續。在未經同意下進行麻醉注射並進行手術對於 KB 將是十分嚴重的侵害，因此在倫理上，接受 KB 之拒絕應屬正當，同時也符合當地之立法。

然而，該律師也建議，根據合理推測，法院會認為經麻醉輔助的剖腹生產是可豁免的緊急干預，因此那麼做是被允許的。對於手術是侵害的指控，主要的辯

護是基於必要性（necessity）。一般而言，拯救患者之性命或健康係屬必要性之範疇，但根據產科的專業執業倫理，避免可防範的活產胎兒死亡的主張，在法律上亦可能被允許。再者，倫理上雖然通常都要求遵守法律，但違法要負的責任可能微乎其微，除非法院考量到父母鮮少因為救治胎兒的醫療侵害而得到重大賠償，進而決定從嚴處分明顯是父權式的醫療干預（paternalistic medical intervention）。關於該對夫妻返回母國與 KB 在那受到威脅的可能性，亦應加以衡量，但應僅為倫理抉擇中回溯性的（ex post facto）考量。

案例十四：母親基於個人健康考量拒絕胎兒的必要醫療（HIV 陽性；母子傳染；母親—胎兒衝突）

SM 呈 HIV 陽性反應並懷胎四個月，其免疫系統尚屬良好，病毒載量（viral load）為 2000 copies/ml，依其病情並不需要接受抗 HIV 治療。她被告知：為避免母子傳染（mother-to-child transmission, MTCT），建議於懷孕的第三期（3rd trimester）接受抗反轉錄病毒治療（antiretroviral treatment）。SM 拒絕做任何治療，因為她不願意服用藥物，而且那樣她可能會對她將來需要的重要藥物產生抗藥性。

問題

- SM 之醫師應對她說什麼？
- SM 的自身利益是否比對其子女之風險更重要？
- SM 之醫師是否可能強迫她接受治療？若然，如何進行？

回應

病患對自己身體自我決定的倫理權利（包括在懷孕時），通常大於他們保護他人（包括未出生之子女）的倫理義務。因此，SM 的醫療服務提供者本身在倫理上並無立場強迫 SM 接受她不願接受的治療。他們可以讓服用抗反轉錄病毒藥物做為對她將來照護的條件，但不得在未妥善告知，也未安排轉介至其他合格、可合理取得之醫療人員的情形下，對她的照護撒手不顧。SM 業已被告知拒絕藥物對其胎兒健康與長期存活情形可能造成之影響，但她對於會對救命藥物產生抗藥性之恐懼，在倫理上仍有相當之關聯性。依據尊重個人的倫理原則，不應認為她自私或是漠視胎兒或所生孩子的福祉。

司法命令為唯一可以強迫 SM 接受藥物治療的手段。法院有合法權力採取懲罰性（如非自願拘禁）等手段，強迫人們違背其意願甚至違背其最佳健康利益而行動。但無論是向法院為此類請求，或是法院運用其擁有的完整法定權力，都不總是合乎倫理。若醫院或醫療提供者欲藉由法院命令的強制性來遂行其意願，則基於尊重的倫理原則，應事先告知準病患，以利其可以尋求其他醫院或醫生的照護。患者做出其醫療提供者反對的決定，乃是臨床執業的倫理挑戰。法院已表示，在此情況下，醫療提供者應進行轉診，或是不為臨床醫療。

案例十五：青少年敗血症與不完全流產—當父母同意為墮胎要件時（產科緊急照護：流產後照護；青少年：父母授權）

一名 17 歲的年輕女性因敗血性流產（septic abortion）被送入急診室。她與父母關係疏離，雙方分居，而她的父母目前住在一遙遠的城鎮裡。根據當地法律，未成年人進行人工流產必須有父母之同意。該名患者目前有敗血症狀，血壓穩定，並已開始使用抗生素。患者要求不要通知她的父母，但醫生憂心在沒有父母同意下對該患者進行治療可能導致的法律問題。

問 題

- 該醫生應怎麼做？
- 在本案中應如何思考雙果原則（the principle of double effect）？
- 應如何就父母權利與子女發展中能力（evolving capacity）做一平衡？

回 應

該醫生擔心法律責任是可以理解的，但在倫理上，給予病患妥適的照顧才是第一優先考量。如果對敗血性流產的緊急狀況施以醫療必要處置會終止懷孕，則在倫理上，可以適當地將該未成年患者定位成接受緊急照護而非排定流產。根據哲學上的「雙果原則」（the principle of Double Effect），該患者接受的是敗血症治療，而非流產治療。雖然當地法律要求治療應經父母同意，但該法律僅規範非緊急必要的治療（elective treatment）。父母對其未成年子女有法律上的權力是為了履行其義務；但他們既無法定權力也無倫理上的權利去拒絕或阻礙對其未成年子女的緊急醫療照護，反之，卻有倫理或法律義務去提供或同意其子女必要的醫療照護，特別是若他們知悉該照護具有緊急性質。

本文中，關於提供緊急治療，父母並不知悉，也不必被通知；換言之，法律並不要求未成年人必須待其父母同意後才能進行緊急的必要醫療照護。

當地法律同時受該國所認同之國際人權法約束。國際兒童權利公約（the Covenant on the Rights of the Child）即對於 18 歲以下之人之照護有所規範，該公約除美國與索馬利亞外，已經為世界各國簽署。該公約尊重父母之權利，但也要考量兒童發展中之能力。本文中 17 歲的當事人係獨立居住於與其父母不同的城鎮中，且明顯有能力做成其自己的醫療照護決定。要對適當的緊急醫療照護行使同意，所要求的能力門檻本屬較低；因此，醫生在倫理上應將她視為有能力對本身之照護與保密方面行使自主權。在本文中，醫生要提出拒絕照護或違反隱私的理由，反而是更大的倫理挑戰；蓋讓病患承受醫療疏忽，或是受到與其疏遠的父

母的干預，似乎均不符患者之利益。若有證據顯示患者受到性虐待，在倫理上可以證成通知當地警方或社服機構，而非通知其在遠方的父母。

案例十六：於宣稱受強暴情況下之墮胎（性暴力（暴力，性侵害）；人工流產）

AB 醫師被呼叫至醫院婦產科，對 S 小姐進行檢查，S 小姐指訴四天前她受到一位男性友人的性侵害，她想要避免懷孕，因為尚未準備好承受此一後果。當地法律允許性侵害案件受害人接受人工流產，但唯有向警方報案，且警方也完成調查，方得以進行。S 小姐表示該男性友人不實地否認與她有發生性關係，而 AB 醫師也明白，警方與鑑識調查通常會是漫長過程。

問題

- 基於「於懷孕越早期進行人工流產越好」以及「緊急避孕已不可行」之認知，AB 醫師對 S 小姐負有怎麼樣的倫理義務？
- AB 醫師應怎麼做？

回應

AB 醫師將面對義務上的衝突，其一來自於對 S 小姐的倫理義務，其一則來自對當地法律的遵從。然而，身為醫者的第一要務乃在於保護患者的最佳健康，法律的目的並不是（就倫理上而言也不應被用於）阻礙緊急醫療之進行。在本案中，緊急避孕已不可行，但若性行為係於最近發生，AB 醫師或得採取子宮擴刮術（dilation and curettage, D&C），清除子宮以降低感染性病的風險，並避免發生受孕。

當地法律可能會認定人工流產為對 MS 必要的緊急醫療，但唯有先向警方報案且警方認定有性侵害發生，才允許施行該項手術。然而，若適當的話，AB 醫師在倫理上得先妥善處理患者，事後再通知警方。該法律限制人工流產必須待警方調查性侵害確定後才得進行，主要目的在防止藉不實指控而獲得墮胎，惟此一規範可能會不恰當地延遲或是妨礙該手術，而預設女性可能說謊也是對她們的貶抑。若女性確實為不實指控，她們會受到其他的法律制裁，例如誣告（filling false police reports）或偽證（perjury）。

AB 醫師在患者同意之下，得對她進行侵入性的鑑識程序，以取得並保存組織檢體以證明該男性友人性行為事實，此一證據本身固不能證明有性侵害之事實，但已足以讓該男性友人否認有性行為的說法不攻自破，將舉證無罪之責任轉移至他的身上，同時也正當化患者要求人工流產之權利。惟若當地法律已經司法裁定不得使 S 小姐接受殘酷、不人道之對待，則 AB 醫師拒絕提供她這類及時與適當的照護是合乎倫理的。

案例十七：對明顯接受違法墮胎女性之緊急照護（產科緊急照護；流產後照護）

A 太太 25 歲，育有兩個小孩，因為陰道出血而被送至醫院急診室，經過檢查，診斷為不完全的流產。經詢問，A 太太表示懷孕並非所願，但不承認流產是人為引致的。在該國內，人工流產唯有當女性生命瀕危時方屬合法。XY 醫師負責照護 A 太太，兩個月前，該醫院才發生醫生因施行選擇性墮胎而受到停業處分並有受起訴之虞。

問題

- 倫理上 XY 醫師得提供 A 太太怎麼樣的醫療？
- XY 醫師於該情況下得否拒絕提供醫療？
- 基於什麼理由得認為 A 太太的情況與另一醫師實行選擇性墮胎之情況有別？

回應

XY 醫師對 A 太太所應負的核心倫理義務，係以專業、不帶評判之態度，對其目前的疾病進行適當的醫療。醫生應記錄 A 太太之流產症狀，但不就該流產係自發或人為引起多做推測；若完成子宮清空術（uterine evacuation）係適當的治療，則醫生應加以實施。由於醫療記錄將顯示緊急住院時，A 太太已開始流產，XY 醫師無庸擔心違反限制墮胎的法律所需負的法律責任。然而，若醫院裡的氛圍是對人工流產相關醫療程序採取抑制的態度或很敏感，XY 醫師得請另一位醫生在保密原則的拘束下，確認其不完全流產之診斷。

由於 A 太太已表明該次懷孕非屬情願，XY 醫師應進一步詢問她所採取的避孕方式，並建議適當的避孕或其他方式，以避免相同情況再度發生。若 A 太太性關係不穩定並有多重性伴侶，則 XY 醫師可能也要就降低感染性病風險一事進行說明。

若當地法規規定違法或疑似違法之流產應向警方或有關當局通報，將產生倫理上的疑慮。有些醫生認為這類法律規定已代替了他們的倫理判斷與保密義務，他們必須遵從法律要求。也有些醫生認為對於是否違法的懷疑已超出了醫生的角色，他們並無法判斷何者為違法，畢竟任何人工流產均有可能屬救命性質，例如避免自殺之風險。還有些醫生則認為訴諸良心拒絕權（right of conscientious objection），拒絕遵守強迫他們違反醫生保密義務之法律，乃是倫理上適切的做法。惟無論 XY 醫師如何回應該等強制通報的法律，其第一要務即依照 A 太太現階段的症狀給予適當之治療。

案例十八：女性割禮之請求（女性割禮—醫療化）

BE 太太帶著她六歲的女兒至 GH 醫師處，請求為她女兒進行安全的割禮 (be circumcised)。BE 太太解釋道，她會請求進行這項手術，是擔心沒有進行割禮的話，在她們所居住的那個孤立的社區中，她的女兒將沒有結婚的資格，再者，她也擔心她們大家族裡的成員以及她女兒的同儕會對她女兒有負面的想法。該母親進一步解釋，她希望由 GH 醫師進行該項手術，因為她之前的兩個女兒都是由傳統的助產士 (birth attendant) 進行割禮，引起嚴重的出血與感染；此外，若 GH 醫師拒絕進行該項手術，她們同住的婆婆將堅持自己依傳統的方式進行，或是帶去由助產士進行之。在該法律管轄之範圍內，並沒有法律禁止此風俗。

問題

- GH 醫師應怎麼做？
- 哪些倫理議題是 GH 醫師應考慮的？
- 對於對少女進行該項手術的社區，GH 醫師可能還負有哪些額外的倫理責任？

回應

在倫理上，GH 醫師得因為女性割禮 (female genital cut, FGC) 不具醫療上之必要性，亦無法藉以減緩或預防任何病理症狀，而選擇拒絕進行手術，或是選擇以最小的程度進行之，例如象徵性地切除一小部分生殖器。GH 醫師應拒絕為封閉陰部 (infibulation) 而進行大範圍之生殖器割除，或是任何超過小範圍切除程度之手術，因該等手術具有傷害性。GH 醫師並應向 BE 太太建議，此一手術已受到醫療專業組織以及世界衛生組織之反對與禁止，而且屬日漸式微的文化風俗，在她的女兒結婚時 (即使依當地習慣可能會在十年之內)，可能已非屬必要。

醫師除了就 BE 太太的請求做出倫理回應以外，還有更廣泛的倫理權力與責任。其一便是教育當地社區此項手術的危險性，以及女性割禮雖屬某些文化的固有部分，但並非宗教誡命或神聖經典所要求 (就這方面和醫療上而言，它與男性割禮有別)。GH 醫師也可以與當地助產士接洽，就女性割禮的風險性，以及他們在進行任何手術時保持無菌作業的一般責任與方式提供諮詢。

無論是在有女性割禮傳統的國家，或是在那些國家的家庭或社區所移民的國家，醫療組織與 (或) 主管醫療執照相關事項的機關均已將施行女性割禮界定為專業上的不當行為。若 GH 醫師受這類規範約束，則法律縱無明文禁止，從事該等手術仍屬違背倫理。專業團體可能認為女性割禮具生理傷害性，同時亦屬對女

性的社會貶抑，藉以控制或遏止女性之性慾。此外，某些醫療組織指示該等手術不應醫療化，蓋此舉將使醫療專業與傷害、殘虐與壓迫性之行爲相互連結。然而，若 GH 醫師在法律上並不受專業禁令的限制，在知悉該等手術不具治療性並廣被視爲違反人權的情況下，他將必須考慮：從倫理上而言，進行最輕程度的該等手術是否可能屬於兩害相權取其輕的做法。

案例十九：富裕與貧困背景下的生殖醫療服務—交叉補貼（人工流產；陰道瘻管；剖腹生產）

LM 醫師於某一大城市中經營數間婦產科診所，該城市被區分為富人與貧民社區。該國政府並未就私人醫療服務提供財務上之支持，但有設立一間公立全科醫院，惟該醫院總是病患人數過多。居住於貧民社區之女性傾向早婚，而且缺乏一般的產科照護，她們罹患陰道瘻管（obstetric fistula）的比例相當高，若未及時治療，會對她們的生活產生嚴重後果。LM 醫師在貧民區有一間診所，提供低廉甚至免費的及時瘻管修復；他另一間位於富人區的診所則對付費患者提供服務，藉以達成損益平衡，那裡的服務主要為純粹選擇性的剖腹生產，以及會導致流產之婦科檢查。當地法律禁止非為保護產婦生命或健康所必要的人工流產。最近，社區領袖（包括醫生）群起抗議，認為選擇性剖腹生產違反自然，為不當之醫療行為，也指出以合法掩飾非法的人工流產有違宗教與醫療專業之價值。

問題

- LM 醫師應繼續藉由該等選擇性醫療程序，來交叉補貼瘻管修復手術嗎？
- 本案例中，哪些倫理原則應被考量？

回應

支持 LM 醫師繼續進行兩種執業之倫理主張為：他並不單純只是提供富人服務以交叉補貼對窮人的服務，而是藉由對本來也可以在其他地方消費的患者提供服務，來對其他本來家庭與社會生活瀕臨毀滅的患者提供必需之服務。這是一種實用主義或效益主義式的主張——若不繼續於該二間診所提供服務，對富裕的女性而言，最多只會對她們尋求人工流產、或基於美容或促進生活之考量而尋求剖腹產造成輕微不便而已；但是對貧困的婦女來說，卻會讓她們被逐出其夫家與社會，絕望地承受孤離、感染症與無望感。

高比率的陰道瘻管主要係影響承受多種不利因素影響的婦女，她們[可能]年幼、貧困、經常性地營養不良、於尚未發育完全而適宜生子前懷孕、並因缺乏醫療協助而有難產（prolonged obstructed labour）之風險。LM 醫師可能主張，藉由交叉補貼好向這些婦女提供她們本來無法取得的醫療照護，這在倫理上有充份的立場。

主張 LM 醫師應結束富人區診所的倫理論點並未否認治療貧民係屬美德，而是基於某些人對「不能藉由為惡來產生善」、「富人區診所所提供的服務就本質上或功能上而言是種錯誤」的原則信仰。選擇性剖腹產有時會被批評為醫療的誤用

或濫用；而非為維護婦女生命或健康所必要而施行之人工流產，更違反人性尊嚴並對未出生之人的生命造成侵害。LM 醫師應以道德之方式來達成其提供瘻管修復服務的目的，例如爭取政府對該項手術予以經費補助、尋求慈善機構之支持。LM 醫師也可以呼籲那些意欲維護專業名聲與美德的醫生的熱誠，動員他們提供貧民瘻管修復之服務，以展現傳統文化中用來區分這門有學問的專業與自利性質之貿易、商業的自我犧牲精神。

案例二十：性別篩選與產前診斷（性別篩選；產前診斷）

SA 太太 36 歲，育有三個健康的男孩，她去看 CL 醫師並解釋，由於保險套破裂之故，她想她應已有 10 週左右的身孕。當地法律允許於懷孕 12 週內應要求施以人工流產，若基於醫療理由則允許於 20 週內施行之，根據 SA 太太之醫療史看來，她符合上述條件。當地法律規定，除為了檢查性聯遺傳疾病（sex-linked genetic disorder）以外，禁止為產前性別測定（pre-natal sex determination）。SA 太太表示，除非胚胎/胎兒為女性，否則她希望終止懷孕。

問題

- CL 醫師應如何建議？
- 有哪些倫理議題應加以考量？

回應

目前已立法禁止產前性別測定，此係考慮基於性別考量而墮胎（sex-based abortion）是具有冒犯性（offensiveness）的行為，也是因為認為性別選擇主要將不利於女性胎兒。性別選擇將形成、並且延續對女孩之歧視，以及文化上對女性之貶抑。在某些文化或國家中，此一觀念顯得根深蒂固。本案中，CL 醫師所面臨的倫理挑戰係來自以下矛盾：在某些法律體系中，早期的人工流產為僅需要求而無需提出理由便可合法施行的，但一旦原因涉及胚胎或胎兒之性別，就會受到阻撓。因此，CL 醫師得告知 SA 太太：她可以無需提供任何理由而於懷孕 12 週內終止懷孕，或基於醫療理由於 20 週內終止之，但不得進行性別測定以作為決定繼續懷孕與否之參考。

本文中，基於患者之家族病史，CL 醫師並沒有正當理由主張有性聯遺傳疾病之疑慮。縱使確有可信之理由，CL 醫師也未必可以將胎兒之性別告訴 SA 太太。醫師將會報告是否發現[胎兒]帶有讓他們得以做性別測定的遺傳病症；若為性聯遺傳疾病，並發現胎兒罹患該症，這將會透露胎兒之性別；惟若未發現胎兒患有該症，則無論是因為胎兒非屬會發病之性別，或是因為胎兒雖屬該性別但是未受感染或是僅為帶因者（carrier），此時適當之做法為僅提供陰性的檢驗結果。

CL 醫師的另一種作法是提供 SA 太太資訊而進行產前性別測定，他可主張法律所禁止的是準備基於性別考量而墮胎，而不是基於性別考量而延續本來可合法終止的孕期。建議 CL 醫師在基於此主張而進行產前檢查前，應先徵詢法律或警察主管機關，或至少醫療組織、核照主管機關的意見。

案例二十一：一夫多妻文化中之試管授精（in vitro fertilization, IVF）（試管授精；一夫多妻文化背景）

一對夫妻至不孕症診所看診，被診斷出男方有嚴重的精子功能不足（精蟲過少, oligozoospermia）情形，並將進行單一精子卵質內顯微注射（intracytoplasmic sperm injection, ICSI）治療。男方被診所護理人員認出他最近才和另一名女性前來接受該項治療，而且治療也成功了，顯然他有兩名妻子。此一情形先與男方單獨討論過，然後才與此次請求治療的婦女進行討論。

男方坦然承認他有兩名妻子，並表示一夫多妻於當地法律與他的文化與信仰下都是可允許的。之前接受治療的那位妻子和他是「真愛」關係，而現在這位婦女則是因早先安排的婚姻而成爲他的妻子。他大部分的時間都花在「真愛」關係上，但他同樣照顧他的第一位妻子並在經濟上扶養她。由於擁有孩子對第一位妻子有其重要性，因此他願意配合給她一個孩子；這位妻子係來自本地的大家族。第二位的「真愛」妻子則居住於另一城市，且於這個國家內沒有任何親人。第一位妻子表示，她知道丈夫於第二段婚姻中的「真愛」關係。當地法律允許爲結婚、同居之夫妻進行試管授精。

問 題

- 該診所是否應爲該對夫妻進行治療？
- 該診所是否應召集各方以確定他們大家的觀感？
- 該診所是否有權利將其本身的文化觀點強加於他人？

回 應

根據倫理上的尊重個人原則（principle of respect for persons），該名男子已被診所接受爲患者，其意願應被尊重看待；同樣的，他的第一位妻子（已知悉丈夫之「真愛」關係）亦應受到同等看待。診所或許擔心該男子的第二位妻子是否知悉第一位妻子之存在，又是否知悉該男子欲與其第一位妻子生孩子，畢竟該位愛侶也是診所之患者。

保護弱勢與不傷害的倫理義務則和已存在的孩子與將來可能的孩子有關。即便丈夫並沒有權利同時成立兩個家庭，該診所在倫理上並沒有立場去干涉第一位妻子結婚與成家之權利，畢竟該等權利係受國際人權法所保護。第一位妻子的小孩將妥適融入大家庭，但診所可能要憂慮的是第二個孩子將會比第一個孩子受寵（特別是當該地文化與繼承法有重男輕女之傾向，而碰巧該愛侶生的是女兒時）。換言之，診所協助生下第二個孩子的做法，可能不符合其已經協助生下的

第一個孩子的最佳利益。

診所或許沒有權力採取家長式作風，堅持召集所有相關人等。因為若該名男子與其第一位妻子可以自然受孕，則診所沒有加以干涉之權力；它不應因他們的生殖障礙與所造成的依賴，而將本身偏好加諸他們。惟若該診所將第一位妻子收為病患，而她生的小孩又與先生愛侶的小孩不同性別，那麼診所便應建議到孩子適當年齡時，應告知他們彼此的親屬關係，以免他們在將來的人生中相遇並論及婚嫁。不過由於兩位太太居住於不同城市，診所可能判斷這類諮詢是不必要的。

若該診所是公立的，並已協助該名男子擁有一個孩子，則基於公平原則，會要求優先讓其他無子女之夫妻接受治療。然而，第一位妻子對於醫療協助之請求，不應因為她先生愛侶接受治療而受負面影響，因為在當地文化允許一夫多妻之情況下，她有平等的權利使用公共資源。因此，該診所在倫理上有權對該名男子與其第一位妻子進行治療。惟若兩位妻子生下的是不同性別的孩子時，該診所亦有權對該名愛侶及生下的孩子們提供諮詢。

案例二十二：試管授精與遺傳疾病之可能風險（試管授精；診斷檢查之拒絕）

一對夫妻前往受孕診所，希望能懷有孩子，他們需要試管授精治療。在女方的家族病史部分，她表示她的父親患有亨丁頓舞蹈症（Huntington's chorea），那是一種體染色體顯性疾病，大約四十幾歲時會發病，且將造成失智及早逝。該名女子現為 30 出頭，她已選擇不做對此病症之檢驗（她有 50% 之機會患有此一疾病），因為若發現患有此病，一方面她的心理上將無法承受，另一方面也涉及保險之考量。

問題

- 該診所是否應為該對夫妻進行治療？
- 就行善（beneficence）與不傷害（non-maleficence）而言，應如何思考父母親自主的倫理原則（ethical principles of parental autonomy）？

回應

本案倫理上之爭議涉及此對夫妻之自主權，以及行善義務與不傷害義務間之平衡。此對夫妻的自主權可以藉由對他們提供諮詢來加以維護，包括他們必須考慮妻子不幸但確實可能發生的殘障、早逝風險（50%），留下丈夫獨立撫養孩子，以及若她帶有該症的話，孩子遺傳到該病症的機會。若有局部基因診斷(local genetic diagnosis)的方法，或可取出妻子數個卵子以進行試管授精，然後製造早期胚胎，藉由胚胎著床前基因診斷（preimplantation genetic diagnosis, PGD）加以篩檢。如此一來，只有健康的胚胎會被植入子宮孕育。然而，透過這種方式產下健康的孩子卻會顯示出妻子是否遺傳到亨丁頓舞蹈症，而那明顯違反她的意願。

因此，該診所得基於倫理考量選擇為此對夫妻進行治療，也可以違反倫理地加以拒絕，[像是]因母親可能患有的殘疾而予以差別待遇，或是專斷地認定他們不適合生小孩。然而，為此對夫妻進行治療之先決條件是安排他們接受遺傳諮詢，同時也可能因為對胚胎進行著床前基因診斷而得知母親的遺傳狀況。如果不做胚胎篩檢，可能導致生下不健康的孩子，不過這在倫理上並不構成拒予照護的理由，畢竟通常也不會對小孩進行晚發型疾病遺傳檢查。

案例二十三：試管授精情形中植入錯誤的胚胎（試管授精；照護之取得；胚胎植入）

一對夫妻至受孕診所接受治療並進行試管授精術，在植入胚胎之後，胚胎學家馬上發現植入的是另一對夫妻的胚胎。胚胎學家通知診所主任，主任立即詢問兩對夫妻的意見。其中一對夫妻（即所植入胚胎的血緣父母）希望能讓胚胎有著床（implant）的機會，並表示若成功懷孕，希望之後嬰兒能歸他們所有。至於被誤植胚胎的婦女則堅持要立即施以流產終止這一輪的療程。

問題

- 誰的意願具有優先性？
- 在本案中，自主原則、不傷害原則與行善原則應如何加以平衡？
- 當地法律允許治療性人工流產，這與本案可能有何關聯？
- 該診所應以何種方式加以補救？

回應

雖然倫理上不傷害義務與行善義務與本案均有相關，但本案主要的倫理議題乃在於該誤植胚胎的血緣父母與被植入胚胎的婦女彼此自主權的衝突。那些胚胎雖然可以藉由子宮沖洗術（uterine lavage）等程序取出，但會損失；因為考量到病毒感染的風險，不可能再將它們植入血緣母親的體內，縱使她願意冒險，診所也應基於避免傷害風險的原則而加以拒絕。

血親父母不希望失去他們的胚胎固然是可以理解的，但在倫理上他們並沒有立場要求被植入胚胎之女性繼續懷孕、充當他們的代理孕母，以滿足其利益。該名女性應被告知繼續懷孕對她本身與另一對夫妻之益處、生下孩子後放棄或保留孩子的意涵，以及若屬後者尚需考慮血親父母採取法律手段爭取子女監護權之可能性。

診所要考量的另一點是，當地法律是否允許於胚胎著床前以沖洗術等方式將其移除。醫學上，懷孕係自著床完成後開始，因此於著床前移除胚胎並非墮胎。不過，當地法律仍可能將移除著床前之胚胎視為終止懷孕。若法律上認為這類移除是非治療性的（因為該受誤植的女性並未承受異常的醫療風險），後來也懷孕成功並產出胎兒，則受孕的夫妻便可能面臨法律抉擇：要將嬰兒交給其血緣父母？或是要留著孩子但可能面對其血緣父母爭取監護權的法律行動？若該地法律採保守觀點，嚴格限制人工流產，可能會視受孕女性為母親。如此一來，若她拒絕將小孩交給其血緣父母收養，她將可以保有小孩之監護權。該診所需決定上

述可能狀況是否為其倫理責任或考量。

案例二十四：試管授精與懷孕風險（試管授精；拒絕治療）

一名曾接受腎臟移植並患有高血壓的女性想要生個小孩。之前她已被告知，懷孕對她的健康將造成風險（包括對移植的腎臟有 25% 的風險），且容易引發嚴重的懷孕併發症，例如在懷孕早期、甚至在胎兒可存活以前（40% 的風險）發生子癩前症（preclampsia）。即便如此，她和先生還是急欲有自己的孩子，並透過自然的方式嘗試了三年。現在她向受孕診所求助，並被告知需要進行試管授精術，然而該診所並不那麼熱衷於支持她的決定，畢竟對患者健康而言風險太大；他們也討論過代理孕母的做法，但該對夫妻並不接受。此外，要尋找代理孕母也被認為是極為困難之事。

若該對夫妻早先能夠自然受孕成功，則產科會盡可能提供最佳的服務。

問題

- 既然這對夫妻需要人工協助受孕，是否應拒絕他們這個選項？特別是在他們完全瞭解可能風險之情況下？
- 在「不傷害」的倫理原則下對病患的自主權應作何思考？

回應

患者接受風險的意願固屬製造風險之必要條件，卻非其倫理上的充分條件。該診所得依不傷害原則，而正當地決定不繼續涉入該對夫妻擬藉由試管授精懷孕的嘗試。高風險的懷孕可能使其他機構承受負擔，其中可能包括那些負有大量公共責任但資源缺乏的機構；強加此負擔可能違反倫理上的正義原則，因為那些承受負擔的機構並未參與造成這些負擔的決策。再者，該診所本身也面臨其有限服務需求高之壓力，這會使它們投注成本促成這樣高風險之懷孕顯得不合比例。

該診所在管理上必須對病患誠懇並且決策透明，以顯示他們並沒有因該婦女之生理缺陷而歧視該對夫妻。如果該診所向這對絕望、弱勢的夫妻收取費用，以進行會使妻子健康承受高度風險、使胚胎喪失或受損、且讓新生兒健康受損的醫療程序，它也可能面臨倫理責任。然而，基於社會正義，該診所不應因協助難以治癒之患者，而受到非難。

診所在法律上與倫理上得拒絕採取他們認為將不當危及患者健康之手術，即便患者同意亦然，且施行生殖技術之診所更有權（若沒有積極義務那麼做的話）考慮可合理預見對於將來孩子產生的健康風險。該診所有權（但沒有義務）認定本案例中懷孕之風險係不合比例的。

案例二十五：代理懷孕諮詢（代理懷孕諮詢）

NP 太太 39 歲，與結婚兩年的丈夫 OP 先生及她第一段婚姻所生的女兒 RS 小姐（21 歲、未婚）一同前往市中心試管授精診所。NP 太太表示她與 OP 先生打算提供精子與卵子進行試管授精，但由於 NP 太太因醫療因素不能孕育孩子，因此將由 RS 做為代理孕母代她懷胎。當地法律允許代理孕母的條件是：代理孕母年滿 20 歲、出於自願、以及除了對確實發生費用的補償外並未收受任何報酬。在私下的面談中，RS 表示她希望母親與 OP 先生能有一個孩子，以確保他們會在一起；又由於她大學最後一年將與 NP 太太和 OP 先生同住，因此懷孕並不會造成她太大的經濟負擔。

問題

- 市中心試管嬰兒診所是否應執行此一提議？
- RS 的決定是否可以視為是接收適當資訊下做成的自由選擇？診所在這方面應怎麼做？

回應

本案倫理上之爭議在於 RS 是否經適當告知且是否為自由選擇，以及她居住在家中的安排是否合乎法律禁止支付報酬的規範。RS 似乎有合理的動機協助其母親與繼父，但她可能沒有懷孕之經驗，也不瞭解其自然風險（尤其如果她又住在母親疾病或死亡率低的地區）。RS 的自由同意使人疑慮，她可能比較不是那麼無私地為了母親與繼父之幸福而同意那麼做，而比較是基於自己與母親對於母親不穩定婚姻深深的不安——孩子可能被視為用來協議或是威脅的物品，讓新丈夫不會離去。

雖然 RS 可能除了大學日常花費的零用金以外，不會收到更多的錢，也可能自己透過假日、週末或夜間工作來賺取收入，但家裡提供她住處與生活費或可視為一種支付。然而，因為她得到的並不會超過她原本用於添購孕婦裝或營養補品之花費，因此似乎不怎麼需要擔心這種安排可能違反法律上禁止以金錢或其他類似報酬為誘因的規定。

該診所在倫理上應注意 RS 是否真正出於自願，或是她受到家中壓力或影響而同意的情形已經到了有違真正同意的程度。再者，他們三方都應該被告知家庭動力學（family dynamics）將如何受到破壞、對孩子的影響又將如何。RS 或許願意孕育她同母異父的弟弟或妹妹，但那孩子可能會對 RS 究竟是他的同母異父姐姐或是母親感到困惑，同時也會困惑 NP 究竟是他母親或是外祖母。若經諮商

顯示這些親屬關係的疑慮是可以解決的，例如 RS 不會變得對孩子有佔有慾或是不當干涉 NP 與 OP 對孩子的養育，則診所可以進行此術。有越來越多的實證資料顯示這種安排的結果可以是令人滿意的，孩子也和一般孩子無甚差異。

案例二十六：請求植入多枚胚胎（植入胚胎）

W 氏夫婦在某醫院試管授精門診接受治療，該門診製造了九枚適合植入 W 太太體內之胚胎，在兩輪的療程中各植入兩枚胚胎，但均未成功。W 夫婦表示他們現在只能再支付一輪的療程，並提議將剩下五枚胚胎一次植入。他們表示若導致多胎妊娠（multiple pregnancy），他們會藉減胎術（fetal reduction）以達成單胎妊娠（singleton pregnancy）。當地法律只允許醫師基於治療的理由而「導致流產」（即終止懷孕）。

問題

- 該診所是否應同意執行其提議？
- 該診所於倫理上是否有強而有力的立場可以正當化他們遵從 W 夫婦之提議的作法？

回應

對於因醫療協助生殖（medically assisted reproduction, MAR）而導致多胎妊娠，目前逐漸視之為醫療協助生殖失敗、功能異常，而非成功。於同一輪療程內將兩個以上（或例外情形中三個以上）的試管授精胚胎植入母體被認為屬臨床上不當之做法。因此，該門診若要遵從 W 夫婦之提議，必須有倫理上強而有力的理由可以正當化其作為。門診得基於「植入超過兩個或三個胚胎為不當醫療，甚至可能為專業上不當行為（professional misconduct）」的理由，拒絕該提議。藉由減胎術以確保最多只會生下單胎或雙胞胎固然可以解決胎數上的疑慮，但犧牲那些被視為「多餘」的胚胎或胎兒之生命，縱使透過某些方式使其合法，卻可能被視為對人類生命缺乏尊重，而且是違反倫理的。

基於該對夫妻的自主權，加上盡可能擴大他們生育孩子之最後機會是一項利益，倫理上也可能贊同允其所請的做法。該門診製造了九個胚胎，表示該對夫妻與門診都能接受胚胎被浪費，畢竟若 W 太太在前兩輪的療程中便已懷孕，則多餘的胚胎也可能就是浪費了。自然情形下，也有相當的比率會發生胚胎或胎兒損失，而該夫妻的提議則是刻意製造、並且控制大自然隨機發生之現象。

關於減胎術是否符合墮胎法律之規定，在法律上與倫理上都有疑慮。溯及該法律之歷史根源，立法時或許還不能刻意地「減掉」一個胎兒而不終止懷孕。目前則可以做到引致一個胎兒流產；不過因為多胎妊娠可能對孕婦或將來活產胎兒之健康有損，因此縱使減胎術被認定為墮胎，仍可能屬於對一般禁令的治療性例外。若門診考慮遵從該對夫妻之提議，則可能需就是否可允許減胎一事尋求法律意見。

案例二十七：藥劑師的良心拒絕與緊急避孕之取得（緊急避孕之取得；藥劑師的良心拒絕）

GV 醫師為某間小型醫院的醫療主任，該院的性侵緊急處理病房（rape crisis unit）總是十分忙碌。當地法律除了婦女的生命將因繼續懷孕而承受危險的情形以外，禁止一切人工流產行為。然而，該國衛生部藥物當局剛允許緊急避孕（emergency contraception, EC）藥品之使用。GV 醫師與其病房的醫療人員認為基於專業，他們必須提供該等藥品以降低受害人懷孕之風險；該院執行長也同意該院藥局應購入該等經核准的藥品。然而，三名輪流於藥局工作、提供 24 小時服務之藥劑師則因該等藥品為墮胎劑（abortifacient），而行使良心拒絕權，拒絕提供該等藥品。

問題

- 在該藥品為合法可得之情況下，公立醫院是否得基於藥師的良心拒絕而不提供緊急避孕服務？
- GV 醫師可以怎麼做？

回應

GV 醫師可以選擇不要透過倫理推論或評估來解決此一問題，直接將問題交給醫院的律師，讓他們依勞雇法規、藥師與院方的僱傭契約條款進行處理。然而，若 GV 醫師不打算採法律手段而採倫理論證（或是在採取法律手段前先採倫理論證），則他有以下數個方式可採。

藥劑師於醫院中任職，並非僅做為知曉藥品之個人，而是以合格且領有執照之藥師專業的一員自居；他們有權利訴諸本身的專業倫理守則，拒絕遵循院方對他們所下達、會使他們違反該倫理守則之指示。因此，可以先考察他們的專業倫理守則與決策過程就提供緊急避孕有何專業建議；若專業評估該等藥劑並非墮胎劑，或要求當需要該等藥劑之患者別無他法可以及時取得藥劑時必須提供他們該藥，則藥劑師若拒絕提供該藥，將可能因為未履行專業義務，而面臨停職停薪，甚至遭撤換的處分。

根據法律或倫理上之要求，行使良心拒絕的醫護人員應將患者轉介給不會反對那麼做的同事，也應該找其他的藥劑師。然而，若看起來不太可能找到其他藥劑師，則可以考慮合法可找的非藥劑師。醫師得合法地提供患者需要處方箋的用品，雖然緊急避孕藥品都是同等劑量，以致醫療上並不要求醫師對個別患者進行評估，但該等藥品仍屬於使用前應先諮詢之處方藥劑。在某些國家內，諮詢服務係由藥劑師提供，但醫師也可以提供同樣的服務。因此，GV 醫師可以尊重藥劑

師之良知，不要將緊急避孕藥品放在醫院藥局，而改置於性侵緊急處理病房，並確保每一位被送進該病房的患者都能根據醫師的臨床判斷而取得該藥。同樣地，非緊急之患者也可以被轉介至該病房，不需住進病房而能取得緊急避孕藥品。

案例二十八：HIV 陽性、保密與警告義務（HIV 陽性；保密）

於 KD 醫師所主持的慈善診所中，16 歲的 BG 被檢查出為 HIV 陽性，她表示，她是她丈夫的第三個妻子，並僅與丈夫發生性關係，在他們的文化下，男性有權利擁有多名妻子。KD 醫師知道該丈夫為多妻婚姻，並治療過他的另外兩名妻子，但不清楚她們的 HIV 狀態。BG 表示她丈夫並不知道她前來就診，對於沒有事先取得他的同意一事，他一定會大發雷霆，因此她請求 KD 醫師不要讓她的丈夫知道此事。

問題

- KD 醫師在倫理上是否有義務通知該丈夫與其他妻子他們之間可能存在 HIV 傳染一事？
- 關於 BG 的感染源，KD 醫師在倫理上可以做何假設？
- 在此情形中，KD 醫師可能面臨的倫理困境為何？

回應

HIV 固然可以透過性行為傳染，但亦得透過其他包括偶發或是意外的方式傳染，因此 KD 醫師並沒有理由認為是 BG 的丈夫傳染 HIV 給她。然而，由於 BG 被診斷為 HIV 陽性，若她沒有自丈夫那感染到 HIV，她反而有可能將病毒傳染給她的丈夫，甚至其他家庭成員。若 KD 醫師除了直接或間接地透露 BG 的狀態與就診一事以外，別無他法可以使 BG 的丈夫與家人注意到他們處於 HIV 感染的風險下，那他可能會覺得在倫理上應受保密原則約束，而不對他們提出警告。KD 醫師應告知 BG 她的狀況對其他人造成的風險與影響，這是最不侵犯其隱私而警告其家庭之做法。

在公共衛生基礎建設完善的國家裡，公共衛生官員可能會因法定強制通報或自願通報而接獲 HIV 陽性診斷報告，然後於不揭露風險製造人身份的情況下，通知那些曾暴露於感染中的人。若 KD 醫師診所的所在地可能或必須有這類官員涉入，那麼向他們通報 BG 的狀況似乎可以免除醫師對病患可能危及之人的倫理義務。

道德規範一般要求遵守法律。在某些地區，例如北美洲，終審法院（leading courts）判決若個人知悉自己為 HIV 陽性，且若性交可能造成感染，則應通知其性伴侶。法院同時認為對於那些可合理預見將成為患者所帶來風險之受害者的人士，醫師應予通知，理由是當公眾開始遭受重大危險時，患者之隱私權即應予終止。基於此理，縱使法律未予強制，KD 醫師可能也會在倫理上認為有必要將 HIV 感染之風險通知 BG 的丈夫及其家庭成員。若 KD 醫師打算以此方式違反

BG 的隱私，則應事先警告 BG，使她有機會考慮終止與 KD 醫師的醫病關係。與此相反的，KD 醫師可能寧願不要使 BG 成為她丈夫憤怒與暴力下的受害者。若那些應受警告之人同時亦為 KD 醫師之患者，則 KD 醫師的義務可能更顯複雜。然而，若 BG 為第一次至 KD 醫師之診所看診，另外有別的醫生，則 KD 醫師應將診斷結果通知 BG 的醫生，也可以藉該方式履行對 BG 之家庭成員之責任。

案例二十九：試管嬰兒之性別篩選（試管授精；性別篩選；產前診斷）

某間不孕症診所正考慮是否要將性別選擇納入其服務。關於「根據不影響孩童健康的遺傳特徵來篩選胚胎」之議題，診所成員間一直有所爭論，一方堅持所有這一方面的篩選都屬於歧視且通常是對女性的歧視；另一方面則認為，若篩選只是針對第二胎或更後面的孩子，夫妻只是想生一個和他們第一個或前幾個孩子不同性別的孩子時，篩選應該就非屬歧視了。鎮上的另一間受孕中心則不管求診夫婦是否已經有一個孩子、或是否基於「家庭平衡」的考量，一直都有提供性別篩選服務。

問題

- 關於性別篩選，該診所應怎麼做？
- 還有那些倫理議題（例如診所本身的商業能力）是該診所在制定其政策時可能會加以考量的？

回應

有大量倫理學上的文獻與討論將性別篩選界定為「必然的不道德」(invariably unethical)，討論的範圍不只包括對不喜歡的性別的健康胎兒進行墮胎，還包括對著床前胚胎的性別診斷，然後浪費不喜歡性別的胚胎，以及藉精子洗滌或篩選識別帶 X 或 Y 染色體之精子，以製造預定性別的小孩等。為診斷性聯遺傳疾病所進行的性別篩選則較不具倫理上的爭議性。上述方式均可能影響男性胚胎或胎兒，但一般的假設多認為性別選擇通常不利於女性胚胎或胎兒，反映並延續對於女童與女性有違反倫理的歧視。

在重男輕女觀念盛行的地區，例如中國或印度，法律會禁止部分或所有的性別篩選方式；但縱使沒有法律規定，倫理觀念也可以正當化診所拒絕性別篩選之作法，畢竟除了性聯遺傳疾病以外，性別篩選並不是在處理病理或醫療症狀。一個較折衷的方式為排除對第一胎的性別篩選，但允許對第二胎或後續幾胎選擇與家裡已有的孩子不同的性別，也就是為了「家庭平衡」。關於夫妻一方在之前的關係中已經有了孩子，但欲生下兩人第一胎的情形，治療計畫也必須就此擬定其政策。

基於性別篩選是對女性和女童的歧視，而拒絕她們根據性別考量進行本來合法的墮胎，這種說法似乎是弔詭的，因為那將違反女性的意願強迫其繼續懷孕，此一拒絕本身似乎是貶低女性身為家中決策者的地位。有論者認為當女性受到家族不想要女孩的壓力時，其並非自由決定者；這種說法固然沒錯，但並無助於解除此一壓力。再者，有些地方無論胎兒性別如何，女性都可以尋求人工流產（無

論安全與否)，若胎兒為她們所希望的性別時她們願意繼續懷孕，這顯示性別篩選並非用來終止胎兒生命，反而是用來保住其生命。以上均為診所在決定其性別篩選政策時，倫理上應加以考量的因素。

案例三十：智能不足青少年：研究與避孕服務（生殖健康研究：對智能不足青少年之避孕服務）

AF 醫師為一家收容療養院的醫療主任，該院收容 15 至 25 歲智力受損之青少年和年輕女性，並與一間小型社區醫院有所合作。收容人經常返家探親。AF 醫師對於收容人的高懷孕率與所造成的醫療與社會後遺症感到憂心。該療養院並沒有提供避孕服務的預算，收容人對於服用家人有時提供的避孕藥，也缺乏適當的理解。某一製藥廠商與 AF 醫師接觸，表示他們希望能測試某一正在實驗中的長效型植入避孕器（long-acting contraceptive implant），以和另一已上市的植入型避孕器進行比較，該廠商並表示將免費提供所試驗與已上市的产品三年。

問題

- AF 醫師是否應同意在其療養院內進行此一研究？
- 本案中收容人的最佳利益如何以符合倫理的方式加以平衡？
- 在決策過程中，應有何人的參與？

回應

關於以人類為受試者的研究，一個極為重要的倫理原則為：若對有能力做出知情、自由同意之人進行某研究可以得出具有科學效度的結果，則不應對智力受損之人進行該研究。若有決定能力之人獲知該研究後拒絕參與（可能因為研究的風險、不方便或是與其無關連），便不應提議對無法自行做出有效決定之人進行該類研究。由於 AF 醫師所接到的提案也可以對智力正常之人進行，因此 AF 醫師在倫理上應拒絕該提案。

不過該提案有些獨特且具倫理重要性的特點，療養院的收容人於離開院區時容易變得性活躍但卻沒有做有效的避孕，若該藥廠產品已通過第一階段（毒性）測試與第二階段（小規模）測試，故而對性活躍的年輕女性進行大規模的第三階段（預備上市前）測試是適當的，則在療養院中進行該研究可能是符合倫理的。雖然某些植入型的避孕器缺少方便移除的方式，但尚能被智力正常的女性所接受。被徵募受試的收容人將會被植入已經核准上市的避孕器或是所實驗的避孕器。被植入實驗產品的收容人將不會被剝奪她們原先可以受到的保護，而接受已上市產品的人則將享有她們需要、而療養院所無法負擔的照護。換言之，該研究中部分被徵募者將受惠，而其他被徵募者也不會受到損害，而且若實驗產品的效果超過、相當或接近於市面產品之效果時，她們也將受惠。

AF 醫師並得訂下與資源缺乏之受試人口有關的條件——若該產品因該療養

院協助進行該研究而使該產品得獲准上市，則研究贊助者將會持續一段時間以免費或可負擔之價格提供療養院該項產品，這將使療養院內的收容人都能受到有效的避孕照護。

案例三十一：剩餘胚胎（胚胎研究）

BA 夫婦曾接受試管授精治療結果第一輪療程便成功，並產下一健康的嬰兒，如今他們又到 CD 醫師在某大學附屬醫院的試管授精門診，希望生第二個小孩。在他們第一次接受治療時，BA 夫婦拒絕冷凍多餘的胚胎，但在必須快速做出決定的壓力下，他們經過急切地討論後同意療程中所剩的兩枚新鮮胚胎得做為胚胎研究之用。CD 醫師知道大學中的研究人員需要新鮮與健康的胚胎進行幹細胞研究與發展細胞株，也知道給予夫婦決定是否捐贈剩餘胚胎的時間相當短，而這種決定是令人充滿情緒壓力的。因此 CD 醫師打算於開始治療前就先詢問 BA 夫婦，若有剩餘的新鮮胚胎，他們是否同意捐贈予研究之用。然而，該大學禁止為研究目的製造胚胎。

問題

- CD 醫師應怎麼做？
- 從該機構的需求來考量，可以如何思考 BA 夫婦的最佳利益？

回應

CD 醫師似乎面臨了利益衝突，或至少是承諾上的衝突（conflict of commitments），門診一方面對於如 BA 夫婦之類的患者負有承諾，但同樣也對提供大學科學研究者研究所需要的組織負有承諾。解決這等衝突的方式包括避免其發生或是適當地告知。然而，要避免衝突顯然是不可能的，因為就如這對夫婦在第一輪療程中的情形一樣，門診照護可能會剩下適合用於研究的新鮮健康胚胎。

CD 醫師並不願再使這對夫妻突然面臨具有壓力的捐贈抉擇，但也不願剛好剩下的新鮮胚胎因為自然分解（natural disintegration）而浪費，畢竟它們對於研究或治療都屬於可貴的資源。然而，CD 醫師的第一要務應是 BA 夫婦之福祉，蓄意製造比他們可能需要量更多的胚胎，可以提高他們生育健康孩子的可能性；若要他們決定剩餘胚胎是否供研究使用會帶給他們有害的壓力，那麼就不應要求他們進行該類決定，而應犧牲研究的機會。若多餘的胚胎不適合捐贈給其他夫妻，或是 BA 夫婦拒絕捐贈，那些胚胎將會任其自然分解。

然而，CD 醫師可能要考慮一項倫理規範，即通知或提醒 BA 夫妻他們將來例行的試管授精治療可能會剩餘新鮮的胚胎，雖然將不會再問他們有關捐贈這項令人有壓力的問題，但他們或許會希望相互討論，若有剩下胚胎，是否想要自願地將胚胎捐贈供研究之用。此外，CD 醫師可以和大學的行政部門接洽，說明試管授精門診的作業模式（包括可能產生多餘新鮮胚胎的療程）。CD 醫師可以設

法尋求校方同意：由於多餘的胚胎乃是「真實」治療過程附帶發生的結果，並不算是爲了研究而蓄意製造胚胎，因此並不違背校方政策。

爲協助做成以上的決定，CD 醫師或許可以讓試管授精門診接受獨立的稽核，以顯示該門診製造多餘卵子的紀錄跟其他未與研究機構有關聯之診所相差不大，並顯示該門診的臨床程序並沒有製造過多胚胎，而導致胚胎大量剩餘。

索引

(號碼代表頁數)

HIV 陽性	28, 49
一夫多妻文化背景	38
人工流產	24, 31, 35
女性割禮—醫療化	33
夫之授權	5, 9, 24
父母同意	3
父母授權	29
代理孕母資格建議	44
母子傳染	28
母親—胎兒衝突	7, 20, 26, 28
生產瘻管	35
生殖健康研究	53
良心拒絕	12
性別篩選	37, 51
性侵害	22, 31
性傳染病	16
性傳染病諮商	22
性暴力	31
拒絕治療	43
青少年	3, 29
青少年性教育	10
保密	3, 5, 9, 16, 18, 22, 24, 49
流產後照護	29, 32
胚胎研究	55
胚胎移轉	41, 46
剖腹生產	20, 26, 35
家庭暴力	18
產前診斷	37, 51
智力受損青少年之避孕服務	53
結紮之取得	5
診斷檢查之拒絕	40
照護之取得	41

試管嬰兒	38, 40, 41, 43, 51
緊急接生	7, 26, 29, 32
緊急避孕之取得	12, 47
暴力	31
避孕之取得	9
避孕性結紮諮商與同意.....	14
避孕諮商	3, 22
藥劑師的良心拒絕	47