

對某些女性主義者質疑產前診斷的批評（上）

Dorothy C. Wertz & John C. Fletcher

鍾芳樺 何建志 譯

摘要

這篇文章回應了某些女性主義者對產前診斷的批評。這些批評者認為，對待殘障人士的文化態度、醫師的權威性建議、以及技術的命令（technological imperative）都潛在地迫使女性進行產前診斷，並且做出痛苦的決擇。根據這些批評者的觀點，如果沒有產前診斷，大多數的女人將會有更好的處境。作者利用了不同來源的數據來探討下列各點：選擇的意義、殘障的後果對女人生活的影響、剝削女人的論點、優生學的各種意義、產前診斷造成社會對待殘障人士態度的影響，以及女性主義者與父母對於產前診斷後進行選擇性墮胎（selective abortion）的態度。作者的結論為：1) 大多數女人對於產前診斷進行自由的選擇，而且她們都樂意有這項選擇的存在；並且 2) 產前診斷並不是某些批評者所宣稱的優生學計畫。

導論：產前診斷的新批評者

在早先的年代中，反對產前診斷者大多是反墮胎的宗教團體¹。

但是在最近，反對普遍施行產前診斷的最強觀點，來自於某些女性主義者^{2,3,4}以及某些殘障人士的支持者

^{5,6}。雖然這些批評者並不能完全代表整個女性主義或殘障權利運動，但是他們已經為限制使用產前診斷以及其他生殖技術的政治運動提供助力，尤其在歐洲的某些地區更是如此。因為這些論點對於公共政策有重大影響，因而值得仔細加以檢討。這些論點如下：醫師以及文化強化了女人接受產前診斷。由於有了產前診斷的存在，便帶來了一種「技術的命令」使女性使用它。如果女人不加以使用，她們就會有罪惡感。關於接受產前診斷以及墮掉有基因缺陷的胎兒，許多女人覺得她們「沒有選擇的餘地」³。女人和她們的醫師只不過是更大的經濟、階級以及父權體制勢力的工具^{2,7,8}。社會階級利益與社會對殘障者的排斥支配了她們的行動。醫療以及生物科技產業使用產前診斷的技術從女人身上獲得了專業上與金錢上的利益。

根據這些批評者的看法，為了排除殘障胎兒，產前診斷已經變成一種「搜尋然後毀滅的任務」⁹。這種在出生前的歧視將會導致殘障者的利益降低。社會可能認為，預防殘障者的出生會比照顧他們更加容易與便宜。而許多女性主義者雖然站在支持「受害者」的立場，但是她們感覺到，在扶助殘障者與對殘障胎兒選擇性墮胎之間有所矛盾^{2,3,5-8,10-15}。產前診斷可能變成一種可以與納粹德國消滅那些

「不值得活下去的生命」相提並論的優生學計畫。在產前診斷中的個人選擇會有社會性的後果，因而成為優生學的選擇。藉由對帶有某些特徵的胎兒墮胎，女人與家庭給某些人貼上了不值得活下去的標籤。假設大多數的個人作了類似的選擇，而這些選擇受到了流行的經濟與社會標準所影響，並且在大多數的懷孕中產前診斷成為常規，則我們遲早會走到「優生」社會。雖然所有的批評者都贊同女人的墮胎權利，包括因為遺傳症狀或胎兒畸形而墮胎的權利，但是有些人認為，比起以「微不足道」的理由墮掉健康的胎兒，經過產前診斷後的墮胎有更多的倫理問題^{3-6,11,16-18}。假如一個女人一點都不想要懷孕也就罷了，但是因為產前診斷結果不如意而停止懷孕，這就是實施優生學的舉動。

總之，根據這些批評者的說法，世界並不會因為有了產前診斷而變得更好。有些女人也許會因為能免於照顧殘障子女的負擔而感到解脫，但是大多數的女人只會感受到更多焦慮以及不願承受的決擇。一些批評者宣稱，只要女人能夠有真正的選擇，他們就不會因為產前診斷結果不如意而停止懷孕，所謂真正的選擇就是在一個具有支持與包容性的社會中選擇養育子女。根據這項論點，所有的殘障，包括心智遲緩，是在社會中所形成，而且能夠加以克服。

這些論點不應該被認為是所有女性主義者的典型意見。有一些理由可以相信，大多數女性主義者，特別是那些關心就業平等權的女性主義者，會支持使用產前診斷^{19,20}。同樣的，也並非所有的殘障權利支持者都反對

產前診斷。遺傳症狀的病患組織往往低調地支持產前診斷，或者對於這個問題保持開放的態度（不過，因為這些胎兒可能與他們的子女有類似症狀，因此他們經常不願意討論實施墮胎的可行性問題）。一些為人所熟知的殘障運動人士也對這個問題保持著開放的態度，不過他們認為，如果症狀的後果可以被克服（如視障或聽障），則女人在考慮停止懷孕時應該要有所謹慎與關懷。他們同時認為，關於可以養育什麼樣的子女，以及願意養育什麼樣的子女，應該讓女人能夠自由從事個人的決定⁵。基於兩個理由，回答那些批評者的觀點是一件重要的事。第一，政治行動經常有出乎預料的後果。女性主義對產前診斷的批評助長了想要禁止墮胎的宗教團體與其他人士。第二，批評者的觀點觸及了令許多女人深刻不安的問題：社會的強制，對正常的定義，利用醫療照護的階級差異等等。許多論點至少有部份的有效性。以下我們將檢討女性主義對產前診斷的批評。

回應批評

選擇的社會脈絡

某些女性主義者聲稱，女人說她們對於是否接受產前診斷「沒有選擇的餘地」，這暗示了她們是被迫進行產前診斷³。然而在調查或訪問中，多數女人都表示她們的選擇是出於自由，而沒有受到伴侶、家庭或醫師的干涉²¹⁻³⁰。這兩種說法可能都是真的，這取決於「選擇」的意義。假如選擇是指未受到法律或者伴侶、家庭所強

制，顯然女性有選擇的餘地。也沒有證據顯示有某些人所謂醫師的直接強制³¹。如果在更廣闊的經濟與社會現實條件脈絡中對選擇加以詮釋，無論如何，許多女人也許會覺得，養育殘障子女作為產前診斷的可能替代方案很缺乏吸引力，因此並沒有提供一個真實的選擇。在自由主義傳統或對社會主義者而言，選擇的自由意謂著依照個人決定而行動的實際能力^{32,33}。

值得注意的是：只有當女人獲得了更多程度的尊嚴，並且脫離了母親角色而得到作為人的自尊時，墮胎的爭議才隨之而起。在 Luker 討論關於支持生命 (pro-life) 與支持選擇 (pro-choice) 活動人士的書中，她主張，如果沒有女人角色變化的情形發生，現代的墮胎爭議根本不會出現¹⁹。雖然墮胎在十九世紀已經很普遍，但是當時的女人很少像現在女人一樣會覺得矛盾掙扎³⁴。女人成為受薪者之後使得她們更有力量，並且使她們產生了新的自我定義。現在女人不像過去那樣先把她們自己看作是妻子或母親，其次才將自己視為勞工（女性勞工以經濟利益對子女有幫助而正當化她們的工作），現在許多女人首先把自己認為是有職業的人，其次才是作為母親¹⁹。在這個脈絡下，子女對女人而言的代價則比以往更高³⁵。因為每一個小孩都意味著工作時間的經濟損失，（或者是以日間托兒取代親自在家照顧而來的經濟損失），工作升遷或職業生涯的年資損失，以及女人在工作之外仍負擔家庭主要的責任，因此而來的精力龐大消耗。女人從事於養育子女的時間正越來越少。現在一歲以下兒童的母親有一半以上屬於全

職工作。女人所生的子女也越來越少，而為每個子女的教育與職業前途花費更多的時間。

為了彌補這些努力與薪資的損失，家庭對僅有的幾個子女有更高的期望。在十九世紀，子女的價值是以賺錢能力加以衡量（通常薪資與父母共享），如今則是以他們的情感回報加以衡量³⁶。父母並不一定會追求「完美子女」，但他們大都會希望子女健康並且在某些方面「在一般水準之上」。許多父母，尤其是只有一、兩個小孩的父母，可能會把他們投入大筆心血的子女視為「傑作」。

這些態度並不新穎；它們至少可以回溯到這個世紀的開端，當時醫師實驗了一些新的生產方法以保護嬰兒的腦部，或者為了避免醫師因自然生產過程的損害而受刑責。外陰切開術與出口鉗出現於 1920 年左右，乃是出自於追求更完美子女的欲望以及一種對自然過程的不信任，當時這是女人與醫師的共同觀點³⁷，而現在大多數的醫院生產，這些已經成為常規性的作法。在某個意義上，產前診斷是確保小孩「優良品質」的老方法的一種延伸。此外如剖腹生產也是這種方法之一，目前在美國約有四分之一的出生加以使用，主要是用來保護嬰兒的智能。只要女人想要生出更優秀的小孩，或者起碼是健康的小孩，則很少女人會拒絕使用這些方法。至於決定在醫院外生產，以避免使用高科技的女人則更加少見。即使有許多關於自然生產、（非專業者）獨立助產術、生育中心，或者家中生產的書籍，大多數的女人仍然在醫院中生產。在北美或許有 1% 的女人是家中生產³⁸。

儘管有許多證據顯示，對低風險的女人及新生兒來說，在家中生產與在醫院生產同樣安全，但是大多數的女人仍然擔心，在欠缺高科技的協助下可能會使小孩出差錯³⁷。或許這可以類比於產前診斷的選擇。在可以避免出生的情形下，選擇性還是存在，但是因為生下嚴重缺陷子女的可能性對女人內心造成重大負擔，以至於宛如她們無從選擇。

然而女人表示她們有所選擇的看法並不僅是一種「虛假意識」。在英國³⁹以及加州⁴⁰，即使國家醫療體系或州的醫療照護體系提供免費檢驗，都有約 7% 的女人基於道德理由拒絕使用母血甲型胎兒蛋白篩檢(MSAFP)與產前診斷，這顯示了某些女人確實在作選擇，而不是社會勢力的傀儡。

產前診斷的歷史也指出了女人有主動性與個人性的選擇。在婦產科史上的其他實驗裡，身為實驗對象的貧窮婦女尤其受到剝削利用^{37,41,42}。然而產前診斷的歷史卻顯示，女人積極推動這個領域的研究。在羊膜穿刺的早期實驗裡，參與的女人多是白種、中產階級、受良好教育，並且勇於表達，這些特徵鼓勵了醫師往這個方向進行研究，否則，他們可能不會有這麼多的研究活力⁴³。女人們的個別訴訟，如 Dolores Becker 向未提供產前診斷的醫師提起訴訟，使得產前診斷成為婦產科的常規⁴³⁻⁴⁵。提起這些訴訟的女人（以及她們的丈夫）並不是作為社會階級利益的卒子而從事行動。即使她們的子女能夠獲得最充分的社會扶助，許多人還是會提起訴

訟，因為社會的扶助仍然不能給予她們曾經想望過的子女。

對女人來說，選擇拒絕婦產科專業所認可的科技，即使不是不可能，也是一件極端困難的事情。一旦被請求進行某些檢驗，拒絕這些檢驗等於排斥了對於科學的現代信念，也排斥了女人應該為了將來子女而盡一切人事的現代信仰。無論如何，比起大多數其他的生產科技而言，女人在產前診斷方面可能有更多的選擇性，這主要是因為進行檢驗時她們不會被拘束在醫院裡，以及在許多群體中，女人生下殘障子女能夠得到宗教與文化上的強力支持。

殘障對於女人生活的影響

以女人成為受薪者的觀點來看，如果健康子女對女人的經濟與社會代價比以往更高，那麼殘障子女造成的代價會更加龐大。諷刺的是，那些在教育及事業上投資很多，而直到三、四十歲才生育的女人，反而是生下染色體異常子女的最高風險群。就經濟與社會上來說，這些女人會損失最多。大多數對殘障子女的照顧工作是落在母親身上⁴⁶⁻⁴⁸。她們不僅必須放棄大部分的有薪工作，而且還必須經常以母職作為她們首要的自我認同。在目前許多女人以工作者自居的世界裡，將自己首先認同為一個母親的女人處於相對上的孤立地位。甚至於她會成為一輩子的母親。醫學已經大大延長了殘障者的生命，因此大部分心智遲緩的人都可以活到接近於常人的壽命。八十歲的父母要照顧五十歲的唐氏症患者，在目前並不足為奇^{49,50}。

當年邁的雙親去世後，照顧責任往往落到兄弟姐妹身上⁵¹。對於這些患者受到額外照顧，並因此導致其他兄弟姐妹在小時候受到忽略，某些兄弟姐妹對此深表不滿⁵¹⁻⁵³。

大部分心智遲緩的人（大約80%）都在家裡過日子，而倚賴父母或親戚的照顧^{54,55}。這種情形一向如此。在歷史上，大多數心智遲緩以及有發育障礙的人總是和家人住在一起。社會機構所照顧的只有那些沒有家庭，有暴力傾向，或者是那些有重度發展遲緩的人（然而重度發展遲緩的人大約有將近一半是住在家裡）。對大多數的心理殘障者，社會從來沒有提供足夠的機構照護或居家照護。1967年是美國機構收容的高峰時期，在全國估計約有一、二百萬的心智遲緩或發育障礙的人當中，有十九萬七千人被送入機構收容。在1990年，則有八萬兩千人經由機構收容。節約成本並不是減少機構收容的唯一理由。許多兒童心理學家認為，心智遲緩或發育障礙的小孩在家中父母照料下，會比在機構環境中更能發展潛能。在許多地區，對於父母親來說，無論子女心智遲緩的程度有多嚴重，實際上幾乎不可能把新生兒或幼兒送入照護機構。至於居家照護，即使是非經常性的間歇照護，則很難獲得。在這些條件下，不接受產前診斷的「選擇」形同毫無選擇可言，除非女人在大多數情況下反對墮胎⁵⁶。對於將會成為單親媽媽的懷孕女子（在白種女人之中為22%，西班牙裔女人中為34%，非洲裔美國人中為59%），撫養殘障子女的前景可能會更加不堪^{57,58}。

關於討論產前診斷影響人們對待殘障者的態度，多數文獻將所有的殘障視為一個通類，並且以彷彿這些殘障都相同的方式加以處理^{2,3,5,6,17,18,59-63}。這種研究取向並不切合實際。大部分的生理障礙與某些心智障礙，可以經由社會支持與物質環境的變化而加以克服⁶⁴。然而某些心智或神經障礙，則需要終生照護，因而耗盡了父母親的人生。即使有大量的經濟與社會支持，這類殘障可能永遠無法加以克服。雖然由社會正義的觀點來看，增進對殘障者的支持有其必要性，但是在所有的個案中，這還不足以構成產前診斷與選擇性墮胎之外的替代方案。殘障子女父母的作品呈現出了苦樂交織的訊息。雖然這些作品大體上旨在於描寫戰勝逆境以勵志，但是許多這些傳記描寫了父母親無比的辛勞與犧牲⁶⁵⁻⁶⁹。其中並沒有任何明顯可稱為「喜樂」的結局⁷⁰。反之，這個始於子女出生而延續到子女一生的悲傷過程，在許多父母筆下宛如是一個永無止盡的失落感^{71,72}。父母們的這些敘述表現了一些善後的嘗試，這些嘗試大體上來說是成功的。那些有心智遲緩或行為問題子女的父母描述了日常生活中的巨大艱困。我們不知道假使這些父母能夠有所選擇的話他們會怎麼作。大概許多人不會願意去思考這種可能性，因為否定像他們子女一樣的殘障兒童的出生，就是貶低了他們的子女以及他們本身的辛勞。

要回復到女人不需要面臨產前診斷與墮胎可能性的「前技術」狀態是一件不可能的事。雖然某些女性主義者暗示這樣的回歸自然值得追求⁴，但是自然已經被醫學加以轉變，以致

於我們無法再參考「自然天意」來作為產前或產後決定的指針。關於分娩，北美洲的人在十九世紀的某個時期便喪失了自然意識³⁷。我們必須面對的事實是我們生活在一個科技時代，而女人本身幫助了這個科技時代的出現^{43,73}。

過去父母們向來對於殘障嬰孩做出了決定，而這些決定通常是負面的；幾個世紀以來，歐洲人遺棄這些新生兒，通常是放置在不會被仁慈路人發現的地方⁷⁴。天主教會並沒有去禁絕這種習俗。在現代醫學出現之前，許多這些嬰孩都難逃一死。對於嚴重殘障的新生兒，儘管現代某些論者主張要放任或甚至於促成他們死亡^{75,76}，但是法律上或醫院的規則，以及拯救生命的要求，有效地防止了他們的死亡。關於是否動手術拯救心智遲緩的新生兒，已不再由父母親來加以決定；在大多數的情況下，醫院會不考慮父母的意見而進行手術^{77,78}。

對大多數的父母而言，選擇的存在只限於懷孕前或生產前的時期。在取消了以往曾經存在的產後選擇之後，醫學現在提供了產前的新選擇。在加拿大⁷⁸⁻⁸⁰、丹麥⁸¹、德國⁸²、英國^{39,83,84}以及美國⁸⁵⁻⁸⁹，產前診斷使用的增加表示了這項新技術被快速接納。那些接受羊膜穿刺而墮掉唐氏症胎兒的女人表示，她們因為可以免於成為嚴重殘障子女的母親而感到解脫⁹⁰⁻⁹⁵。即使作出這樣的決定往往很困難而且會有心理壓力，這些女人認為產前診斷使她們得以繼續過她們的生活，持續她們的事業，並且可以有健康的子女。雖然對於提供殘障者適當支持的必要性心有戚戚，但是她們相

信，產前診斷將會為許多懷有嚴重心智遲緩胎兒的女人提供最佳替代方案^{29,30,93-95}。

當然女人可以決定生下小孩然後交給別人撫養，但是即使等待收養小孩的人願意收養唐氏症兒，也很少女人願意這麼做（對於嚴重心智遲緩或可能在最初幾年內死亡的小孩而言，收養的可能性則更小）。將殘障的子女送給別人收養，大多數的父母顯然把這件事看成是「社會偏差」的舉動。許多醫師甚至於不會提到這種可能性。如果有某種選擇是這些父母親覺得他們實際上所沒有的，那就是把他們的殘障子女送給別人收養，這種替代方案並不太受社會所支持。

「剝削女性」

剝削不一定等同於強制。如Feinberg曾指出，只要有一方在互動利益中的所得不成比例，即使沒有強制也可能有剝削的問題⁹⁶。批評者認為新的生殖科技剝削了女性，並因此使醫療—科學機構或生物科技產業坐大。最極端的批評者則主張，所有的現代科技是一種父權體制操縱女人的陰謀，或是一種確保子女符合男人制訂規格的「品質管制」形式⁹⁷⁻¹⁰⁵。

如果現在某些女人把所有的科技看做是針對女人的父權陰謀，從婦產科的歷史來看，她們的憤怒是可以理解的^{37,41}。她們對產前診斷的攻擊，必須放在濫用生育科技的歷史，以及女人失去生育主控權的歷史脈絡下來理解。產前診斷像其他的生育技術一樣，使得女人失去了對自己身體的信

賴¹⁰⁶。然而，因此而排斥所有的科技卻有失公道。醫師使用生育科技的動機從來就不是單純基於經濟或自利考量。母親或胎兒的安危往往是他們的主要關切所在。產前診斷的歷史本身並不足以顯示開發這項技術主要是為了讓醫師在金錢上或專業上獲利。對女性的剝削來自於我們不公平的醫療照護體系，而不是來自於技術本身。在有國家健康保險或國家醫療服務的社會中，醫師做了很多產前診斷，在金錢上只得到微薄收入或毫無所得，雖然商業性的實驗室可能因此得利。

既然如此，為什麼女性主義批評者指責新的生殖技術是剝削女人呢？他們這麼做的部分原因是女性主義對生育立場的曖昧不明。1970年代的女性主義運動並沒有對1980年代的「不育危機」做好準備。避孕與墮胎權是1970年代的戰爭；說不定許多女性主義者還會嫉妒那些無法生育而不須要擔心意外懷孕的女人。許多在1970年代為女人生育主控權抗爭的女性主義者覺得不宜同情不孕；她們主張，無法用一般方法擁有血緣子女的女人應該乾脆放棄這個念頭而繼續過日子。因此女性主義最強烈的攻擊是在於人工體外受精(IVF)與其他「協助生殖」的技術上，而不是產前診斷，這件事並不令人感到驚訝。

產前診斷本身在不孕脈絡下呈現出了新的意義^{107,108}。對那些原本「不孕」而努力想懷孕的女人來說，小孩子是「賺到的小孩」。女人在不孕的情境下更能感受到產前診斷的風險與利益。由於認知到她們可能只有很少的子女或者只有一個子女，她們會特別在意每一個小孩，即使不是「完

美」，起碼要儘可能健康。目前，不孕是大多數受教育及職業婦女揮之不去的陰影。這些女人為了事業而延誤生育，並且被她們的「生物時鐘」所催促。就維持事業與生活品質而言，這些女人也是由產前診斷獲益最多的一群。女性主義運動原先鼓勵她們延後懷孕以事業為先，有時對她們的不孕或避免照顧嚴重殘障子女的需要不表同情，她們對此感到不解。

批評者認為產前診斷是「剝削」的另一個理由在於，這對於製造產前診斷設備以及進行診斷的公司而言是「大生意」。商業化創造了實驗室的產能。而後，為了維持實驗室的產能運轉，就有必要增加「消費者」需求。在美國的實驗室產能已經增加到這樣的程度，以致於政府機構¹⁰⁹或專業團體^{110,114}原先推薦接受產前診斷的母親年齡已經被放寬，這個年齡的劃定在那時已經被認為帶有武斷性。大部分的遺傳學家都為任何感到憂慮的女人實施產前診斷，即使她們的年齡或家族病史沒有顯示會出問題的徵兆。對於一個年齡二十五歲而且沒有任何醫學或遺傳徵兆顯示需要使用產前診斷的女人，在1985年有78%的美國遺傳學家會因為她的憂慮而施行產前診斷，而且另外有11%的遺傳學家會提出產前診斷作為參考¹¹²。為了只是單純感到憂慮的女人實施產前診斷，女性遺傳學家(76%)比男性遺傳學家(61%)要來得多。大多數這樣做的遺傳學家相信他們是在減輕憂慮。從社會整體的觀點來看，他們助長了產前診斷成為產前照護的常規。大部分的懷孕婦女都會憂慮。檢驗不一定具有侵入性或風險性；所謂的「三

重測驗」(AFP, estriol, hCG)也許會在未來成為運用於大部分懷孕的常規血液檢驗，以決定哪一個女人應該接受絨毛取樣(CVS)或羊膜穿刺(amniocentesis)。既然接受了血液檢驗，如果檢驗結果為陽性而顯示了一個可能的壞消息，那麼許多女人很難拒絕接受進一步的檢驗。這就是批評者所謂的「剝削」。生物科技產業正在賺進大把鈔票，而女人正在接受更多難以抗拒的檢驗。大多數女人或許接納這些檢驗，但這並不能改變商業化的事實。產前診斷早就是最常用的產前照護手續之一^{113,114}，而且可能成為大多數懷孕的常規項目。

產前診斷是一種優生學計畫嗎？

產前診斷批評者的根本關切通常可以概括為「優生學」這個字眼。大部分現代的論者把優生學聯想為納粹消滅猶太人、吉普賽人以及其他「劣等」群體的計畫¹¹⁵⁻¹¹⁹。研究加拿大^{120,121}、美國^{122,123}、德國¹²⁴、法國¹²⁵以及英國¹²⁶優生學運動的歷史學家提醒我們一件事，那就是遺傳學曾經服務於腐敗的政治與社會目的。

優生學有許多種意義，由於事實上有這麼多種意義，以致於歐體執委會因為優生學欠缺精確意義，因而在修訂的人類基因組計畫(1989)中避而不談。根據 Diane Paul 所做的傑出回顧整理³³，優生學的不同定義包含了以下的區分：一、意圖(intention)與後果(effect)的區分；二、科學(science)與社會政策(social Policy)的區分；三、強制(coercion)與自願(voluntary)的區

分；以及四、個人(individual)與社會(social)的區分。Paul 的論點概略如下：

意圖 versus 後果

如果優生學指的是意圖，則大部分依據產前診斷結果而做的墮胎就不屬於優生學，因為女人並不是為了改良基因庫(gene pool)而墮胎^{128,129}。如果優生學可以適用於個人決定所沒有意圖追求的後果，那麼產前診斷與選擇性的墮胎可以被認為是一種優生學的行為¹³⁰。Duster 相信這些個別性、私人性的決定是「為優生學開後門」，因為它們的集體結果會影響整體人口的基因組成¹³²。根據這個觀點，大多數的個人或家庭會從事類似的選擇，因為他們贊同了一個關於人類健康與完美性的共同理想。某些生來缺陷情形的急遽降低，如在美國的戴薩斯症(Tay-Sachs disease)，在英國的脊柱裂(spina bifida)或地中海貧血(thalassemia)，顯示了家庭對這些許多人認為嚴重的病症做出了相當於「優生學」的決定。然而，關於比較不嚴重的病症，個人的決定並不大可能會在多元社會中產生優生學後果。除非被給予偏差的資訊，否則社會中的個人與各式各樣的群體對於健康會有許多不同觀點。

科學 versus 社會政策

最初，優生學被界定為科學而不是社會政策。最初在 1883 年創造這個字的 Francis Galton 把優生學定義為：「以更優良的生育改進人種血統的科學」¹³²。現在則很少人接受 Galton 的定義¹³³。不過，現代大部分對優生學的定義預設了對自然過程的干預。引起變化的行動主體可能是個人或家

庭，而不是國家或其他社會機構（或者是在國家或其他社會機構之外，由個人或家庭作為行動主體）。個別行動的集體結果可能會出乎決策者所預料，甚至是決策者所厭惡。即使沒有直接的社會政策，當家庭選擇他們想要的子女，而結果會形成一種「家庭製造的優生學」（homemade eugenics）¹³¹。正是這種優生學造成了女性主義的恐懼^{2-4,7-8,98-102,134-136}。她們指出，1)：個人決定並不一定真正出於個人自己，反而來自於可能改變或限制個人選擇的社會脈絡³。2)：個別決定的集體結果可能導致歧視那些有不同決定的少數，尤其是歧視殘障者的社會政策²。在民主社會中，這種「優生歧視」可能會更加惡質，因為這種情況的發生可能會來自於多數「票決」（或至少是多數的行動），而不是出自於權威性的命令。

強制 versus 自願

許多人對優生學的定義包含了強制與／或社會目標。例如，Neil A. Holtzman 將優生學定義為「為了達成一定的社會目的，而對於個人生育選擇進行干預的任何作法」¹³⁷。在優生學中最令人反感的並不在於目的，而在於達成目的的強制手段。按這種思考方式，除非有強制性，否則用來來改善人口健康的政策與措施並不屬於優生學。然而在優生學運動的歷史中，尤其是在英國，許多被認為是優生學的方法並沒有強制性¹³⁸。

個人 versus 社會

個人／社會是另外一種定義優生學的二分法。如果基於社會性意圖，則行動屬於優生學（如避免社會養育

殘障兒的成本），而如果基於促進個人有被告知後的選擇，則行動不屬於優生學。「優生學」之所以具有負面涵意的原因之一在於，所有主張優生學的人，無論他們是激進派、自由派，或是保守派，包括了 Francis Galton¹³²、Madison Grant¹³⁹、George Bernard Shaw¹⁴⁰、Bertrand Russell¹⁴¹ 與 Jane Clapperton¹⁴²，都相信個人的慾望應該為了公共利益而犧牲。即使是信奉應該有最大個人自由的 John Stuart Mill，也認為國家應該對生育負起責任。他主張促使「有責任感的雙親接受這樣的責任—珍惜無論是受詛咒或受祝福的生命—只要這個生命至少有通常的機會可以過著令人滿意的人生，損害這個生命就是一項罪行」¹⁴⁰。呼應 Mill 的主張，匈牙利的婦產科醫師兼遺傳學家 Andrew Czeizel 認為子女應該有「生而健康的權利」，而且國家有道德上及法律上的責任來確保他們的健康出生¹⁴¹。Czeizel 是最後一個公開支持這種優生學的遺傳學家，但是其他人可能在心裡支持這個觀點。批評新生殖科技的女性主義者對於 Mill 與 Czeizel 的主張感到不安。她們排斥干預女人的選擇，卻同時對於這些選擇的存在與社會結果感到不安¹⁴⁵。

諮詢的目的：優生學或告知後的選擇？

目前，世界上大多數的遺傳諮詢（genetic counseling）並不會被認為是優生學，因為 99-100% 的遺傳諮詢者都致力於不帶有指令性，並且「協助個人或夫婦達成為人父母的願望」，以

及「協助個人或夫婦理解他們的選擇方案與醫學知識現狀，而使他們可以在瞭解資訊的情況下做出決定」¹⁴⁶⁻¹⁴⁹。92%的遺傳諮詢者宣稱，他們「告知病人應該由自己做出決定，尤其是關於生殖的決定，並且拒絕代替他們做任何決定」；而94%的遺傳諮詢者也宣稱「支持病人做的任何決定」^{112,147-148}。這種非指令性以及遺傳諮詢的焦點在於個人或家庭，使得遺傳諮詢不屬於大多數所定義的優生學範圍。

如 Kevels 在他的《新優生學》書中最後一章中所指出的，在1960年間遺傳諮詢由關心改善人口福利轉換到關心改善個人與家庭福利，發生這種轉變部分是基於政治上的理由¹²²。在二次大戰結束後早期，許多加拿大與美國的遺傳學家衷心信仰改善人口生物品質，但是拒絕與優生運動有任何關連^{33,150}。為了以政治上可接受的方式來追求他們的目的，他們把焦點集中在志願性與個人性的決定。Sheldon Reed 在1947年創造了「遺傳諮詢」這個字詞，來取代先前指令意味濃厚的「遺傳建議」(genetic advice)或「遺傳保健」(genetic hygiene)¹⁵¹。Kevels 認為，將個人與家庭的需要與權利置於人口或基因庫的福利之上，這種作風的改變代表了與過去的決裂，而所謂的「新優生學」是有益的，因為它是為個人不是社會的利益而服務。

Ludmerer 與其它人則以為，遺傳諮詢的作風並沒有轉變，並且認為優生學運動的目的經由遺傳諮詢而毫無掩飾地進入了醫學之中^{123,152}。在加拿大(68%)、英國(71%)、美國

(78%)、法國(81%)與其他十五個國家(74%)，多數遺傳學家仍然相信「改善人口總體健康與活力」的優生目的很重要^{112,148}。加拿大有稍微過半的遺傳學家(51%)，以及英國(48%)、美國(47%)、法國(50%)與十五個其它國家(54%)中相當多的遺傳學家們相信，Kevels 所謂「舊優生學」的另一個目的，亦即「降低人口中遺傳疾病帶因者的數量」是諮詢的重要目的¹¹²。

把一個技術稱之為「優生」對於釐清問題幫助不大。鑑於這個字的意義繁多而且有時互相衝突，或許產前診斷的討論應該不要再牽扯優生學這個字了。剩下來的問題是，界定人們使用優生學這個字的時候所恐懼的事情。基本的恐懼可能是：1)：強制接受產前診斷與墮胎；2)：為了醫院或社會機構的利益而剝削女人；3)：為了「微不足道」的目的而濫用或誤用產前診斷，如性別選擇；4)：歧視殘障人士，尤其是在可以避免殘障者出生的情形。第四點恐懼的根源在於大眾可能有一種深藏的「優生」想法，這種想法有時候以「某些人不應該有子女」的信念表現出來。(待續)

參考書目：

1. Fletcher JC, Wertz DC. Ethics and prenatal diagnosis: Problems, positions, and proposed guidelines. In: Milunsky A, ed. Genetic Disorders and the Fetus. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992, in press.

2. Hubbard R. *The Politics of Women's Biology*. New Brunswick, NJ and London: Rutgers University Press, 1990.
3. Lippman A. Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities. *Am J Law Med* 1991a; 17: 15-50.
4. Rothman BK. *The Tentative Pregnancy: Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood*. New York: Norton, 1986.
5. Asch, A. Reproductive technology and disability. In: Cohen S, Taub N, eds. *Reproductive Laws for the 1990s*. Clifton, NJ: Humana Press, 1989: 69-127.
6. Saxton M. Prenatal screening and discriminatory attitudes about disability. In: Baruch EH, D'Adamo AF, Seager J, eds. *Embryos, Ethics, and Human Rights: Exploring the New Reproductive Technologies*. New York: Harrington Park Press, 1987b: 217-224.
7. Hubbard R. Prenatal diagnosis and eugenic ideology. *Women's Stud Int Forum* 1985; 8: 567-576.
8. Hubbard R. Eugenics: New tools, old ideas. *Women & Health* 1987; 13: 225.
9. Schaeffer FA, Koop CE. *What Ever Happened to the Human Race?* Old Tappan, NJ: Revell, 1979.
10. Henifin MS, Hubbard R, Norsigian J. Prenatal screening. In: Cohen S, Taub N. *Reproductive Laws for the 1990s*. Clifton, NJ: Humana Press, 1989: 155-184.
11. Rothman BK. *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: Norton, 1989.
12. Wexler NS. The oracle of DNA. In: Rowland LP, Wood DS, Schon EA, Dimauro S, eds. *Molecular Genetics and Diseases of the Brain, Nerve, and Muscle*. New York: Oxford University Press, 1989: 429-442.
13. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 1972; 20: 487-504.
14. Zola IK. In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Soc Sci & Med* 1975; 83: 85-87.
15. Zola IK. Healthism and disabling professions. In: Illich I, Zola IK, McKnight J, Caplan J, Shaiken H, eds. *Disabling Professions*, 1977.
16. Hubbard R, Henifin S. Genetic screening of prospective parents and workers: some scientific and social issues. *Int'l J Health Services* 1985; 15: 231.
17. Kaplan D. Prenatal screening and its impact on persons with disabilities. *Fetal Diagnosis and Therapy*, November 1992, in press.
18. Saxton M. Prenatal screening and discriminatory attitudes about disability. *Genewatch*, Jan.-Feb. 1987a: 8-11.
19. Luker K. *Abortion and the Politics of Motherhood*. Berkeley: University of California Press, 1984.
20. Lasker JN, Borg S. *In Search of Parenthood: Coping with Infertility and High-Tech Conception*. Boston: Beacon Press, 1987.

21. Sjögren B, Uddenberg N. Decision making during the prenatal diagnostic procedure: a questionnaire and interview study of 211 women participating in prenatal diagnosis. *Prenat Diagn* 1988; 8(4): 263-273.
22. Swerts A. Impacts of genetic counseling and prenatal diagnosis for neural tube defects. In: Evers-Kiebooms G, Cassiman JJ, Van den Berghe H, D'Ydewelle G. Genetic Risk, Risk Perception, and Decision-making. *Birth Defects* 1987; XXII(2): 61-83.
23. Frets PG, Niermeijer M. Reproductive planning after genetic counselling: a perspective from the last decade. *Clin Genet* 1990; 38: 295-306.
24. Evers-Kiebooms G. Decision making in Huntington's disease and cystic fibrosis. *Birth Defects: Original Article Series* 1987; 23(2): 115-149.
25. Evers-Kiebooms G, Denayer L, Van den Berghe H. A child with cystic fibrosis: 2. Subsequent family planning decisions, reproduction, and use of prenatal diagnosis. *Clin Genet* 1990; 37: 207-215.
26. Adler NE, Keyes S, Robertson P. Psychological issues in new reproductive technologies: pregnancy including technology and diagnostic screening. In: Rodin J, Collins A, eds. *Women and New Reproductive Technologies; Medical, Psychosocial, Legal and Ethical Dilemmas*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991: 111.
27. Rapp R. The power of positive diagnosis: medical and maternal discourses on amniocentesis. In: Michaelson KL, ed. *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey, 1988a: 103-116.
28. Rapp R. Constructing amniocentesis: medical and maternal voices. In: Ginsburg F, Tsing A, eds. *Uncertain Terms: Negotiating Gender in America*. Boston: Beacon Press, 1990.
29. Rapp R. Chromosomes and communication: the discourse of genetic counseling. *Med Anth Quart* 1988b; 2(2): 143-157.
30. Rapp R. Reproduction and gender hierarchy: amniocentesis in contemporary America. In: Miller B, ed. *Sex & Gender Hierarchies*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
31. Clarke A. Is non-directive genetic counselling possible? *Lancet*, Oct. 19, 1991; 338: 998-1001.
32. Green TH. Liberal Legislation and the Freedom of Contract. In: Nettleship RL (ed), *Works of Thomas Hill Green*, repr. of 1889 ed. Krauss repr. 1968.
33. Paul DB. Eugenic anxieties and social realities. *Social Research*, October, 1992, in press.
34. Mohr JC. *Abortion in America: The Origins and Evolution of National Policy*. Oxford: Oxford University Press, 1978.
35. Wertz DC, Sorenson JR. Sociologic issues. In: Evans MI, Fletcher JC, Dixler AO, Schulman JD, eds. *Fetal Diagnosis*

- and Therapy: Science, Ethics, and the Law. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1989: 554-565.
36. Zelizer VA. Pricing the Priceless Child: The Changing Social Value of Children. New York: Basic Books, 1985.
37. Wertz RW, Wertz DC. Lying-In: A History of Childbirth in America, Expanded Edition. New Haven: Yale University Press, 1989.
38. Pearse WH. Parturition: places and priorities. *Am J Pub Hlth* 1987; 177: 923-924.
39. Harris R, Wertz DC. Ethics and medical genetics in the United Kingdom. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 388-418.
40. Richwald GA, Clark RD, Crandall B et al. Cost and acceptance of MSAFP screening in public prenatal clinics. *Am J Hum Genet* 1990; 47 [suppl]: A 291.
41. Oakley A. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Martin Robertson, 1980.
42. Oakley A. *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell, 1984.
43. Cowan, RS. A history of prenatal diagnosis. *Fetal Diagnosis and Therapy*. December 1992, in press.
44. Andrews LB. *Medical Genetics: A Legal Frontier*. Chicago: American Bar Foundation, 1987a.
45. Elias S, Annas GJ. *Reproductive Genetics and the Law*. Chicago: Yearbook Publishers, 1987.
46. Byrne EA, Cunningham CC. The effects of mentally handicapped children on families: a conceptual review. *J Child Psychol & Psychiat* 1985; 26: 847-864.
47. Thompson L, Walker AJ. Gender in families: women and men in marriage, work, and parent-hood. *J Marr Fam* 1989; 51: 845-871.
48. Marcenko MD, Meyers JC. Mothers of children with developmental disabilities: who shares the burden? *Fam Relat* 1991; 40: 186-190.
49. Krauss MW, Seltzer MM. Coping strategies of older mothers of adults with retardation : a life- span developmental perspective. In: Turnbull AP, Patterson J, Behr SK, Murphy DL, Marquis J, Blue-Banning M., eds. *Cognitive Coping Research in Developmental Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1992, in press.
50. Janicki MP, Wisniewski HM, eds. *Aging and Developmental Disabilities: Issues and Approaches*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1985.
51. Seltzer MM, Krauss MW. Sibling relationships of persons with mental retardation in adulthood. In: Stoneman Z, Berman P, eds. *Siblings of Individuals with Mental Retardation, Physical Disabilities, and Chronic Illness*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1992, in press.
52. Lobato D. Siblings of handicapped children: a review. *J Autism & Dev Disord* 1983; 13: 347-364.
53. Drotar P, Crawford P. Psychological adaptation of siblings of chronically ill

- children: research and practice implications. *Dev & Behavioral Pediatrics*. 1985; 6: 355-362.
54. Fujaira GT, Garza J, Braddock D. National survey of family support in developmental disabilities. Mimeo: University of Illinois at Chicago, 1989.
55. Meyers CE, Borthwick SA, Eyman RK. Place of residence by age, ethnicity, and level of retardation of the mentally retarded/developmentally disabled population of California. *Am J Mental Deficiency* 1985; 90: 266-270.
56. Petchesky R. Giving women a real choice. *Nation* 1990; 250: 732.
57. U.S., Bureau of the Census. Single parents and their children. Washington: U.S. Government Printing Office, 1990.
58. U.S., National Center for Health Statistics. Wanted and unwanted childbearing in the U.S.: 1973-1988. Washington: U.S. Government Printing Office, 1990.
59. Kaplan D. Disability rights perspectives on reproductive technologies and public policy. In: Cohen S, Taub N, eds. *Reproductive Laws for the 1990s*. Clifton, NJ: Humana Press, 1989: 241-248.
60. Degener T. Debates across social movements on reproductive technologies, genetic engineering, and eugenics. In: Duncan B, Woods DE, eds. *Ethical Issues in Disability and Rehabilitation*. World Rehabilitation Fund. New York: Printing Production Services, 1989: 73.
61. Degener T. Female self-determination between feminist claims and "voluntary" eugenics, between "rights" and ethics. *Issues in Reproductive and Genetic Engineering* 1990; (3): 87.
62. Finger A. Claiming all of our babies: reproductive rights and disabilities. In: Arditti R, Klein RD, Minden S, eds. *Test-Tube Women: What Future for Motherhood?* London: Pandora Press, 1984.
63. Finger A. *Past Due: A Story of Disability, Pregnancy, and Birth*. Seattle, WA: Seal Press, 1990.
64. Carrier JG. *Learning Disability: Social Class and the Construction of Inequality in American Education*. Westport, CT: Greenwood Press, 1986.
65. Dorris M. *The Broken Cord*. New York: Harper & Row, 1989.
66. DeFord F. *Alex: The Life of a Child*. New York: New American Library, 1984.
67. Forecki M. *Speak to Me*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 1985.
68. Fraiberg A, Fraiberg L. *Insights from the Blind: Comparative Studies of Blind and Sighted Infants*. New York: New American Library, 1979.
69. Spradley TS, Spradley JP. *Deaf Like Me*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 1985.
70. Retsinas J. The impact of prenatal technology upon attitudes toward disabled infants. In: Wertz DC, editor, *Research in the Sociology of Health Care* 1991; 9: 75-104.

71. Wikler L, Waso M, Hatfield E. Chronic sorrow revisited: parent vs. professional depiction of the adjustment of parents of mentally retarded children. *Am J Orthopsychiatry* 1981; 5: 63-70.
72. Simons R. *After the Tears: Parents Talk about Raising a Child with a Disability*. New York: Harcourt Brace, 1987.
73. McDonough P. Congenital disability and medical research: the development of amniocentesis. *Women and Health* 1990; 16(3-4): 137-153.
74. Boswell J. *The Kindness of Strangers: The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance*. New York: Pantheon Books, 1988.
75. Glover J. *What Sort of People Should There Be?* New York: Penguin Books, 1984.
76. Kuhse H, Singer P. *Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants*. London: Oxford University Press, 1985.
77. Fletcher JC. *Coping with Genetic Disorders: A Guide for Clergy and Parents*. San Francisco: Harper & Row, 1982.
78. Guillemin JH, Holmstrom LL. *Mixed Blessings: Intensive Care for Newborns*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
79. Hunter AG, Thompson D, Speevak M. Midtrimester genetic amniocentesis in Eastern Ontario: a review from 1970 to 1985. *J Med Genet* 1987; 24: 335-343.
80. Roy DJ, Hall JG. Ethics and medical genetics in Canada. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989; 119-140.
81. Therkelsen AJ, Bolund L, Mortensen V. Ethics and medical genetics in Denmark. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 141-155.
82. Schroeder-Kurth TM, Huebner J. Ethics and medical genetics in the Federal Republic of Germany. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 156-175.
83. Farrant W. Who's for amniocentesis? The politics of prenatal screening. In: Homans H, ed. *The Sexual Politics of Reproduction*. Aldershot, Hants, UK: Gower Publishing, 1985: 96-122.
84. Terzian E, Boreham J, Cuckle HS, Wald NJ. A survey of diagnostic amniocentesis in Oxford from 1974 to 1981. *Prenat Diagn* 1985; 5: 401-414.
85. Mulvihill JJ, Walters L, Wertz DC. Ethics and medical genetics in the United States of America. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 419-456.
86. Hook EB, Chambers GM. Estimated rates of Down syndrome in live births by one year maternal age inter-vals for

- mothers aged 20-49 in a New York State study - implications of the risk figures for genetic counseling and cost benefit analysis of prenatal diagnosis programs. In: Bergsma D, Lowry RB, eds. *Numerical Taxonomy of Birth Defects and Polygenic Disorders*. New York: Alan R Liss, 1972.
87. Hook EB, Schreinemachers DM. Trends in utilization of prenatal cytogenetic diagnosis by New York State residents in 1979 and 1980. *Am J Publ Hlth* 1983; 73(2): 198-202.
88. Adams MM, Finley S, Hansen H, et al. Utilization of prenatal diagnosis in women > 35 years, United States, 1977-78. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 673.
89. Marion JP. Acceptance of amniocentesis by low-income patients in an urban hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 130: 11-15.
90. Anonymous. When risk factors have little meaning. *Br Med J* 1989; 299: 1599-1600.
91. Hodge SE. Waiting for the amniocentesis. *New Engl J Med* 1989; 320: 63-64.
92. Green R (pseud). Letter to a genetic counselor. *J Genetic Counseling* 1992; 1: 55-70.
93. Rapp R. XYLO: a true story. In: Arditti R, Klein RD, Minden S, editors. *Test-tube Women: What Future for Motherhood?* London: Pandora Press, 1984: 313-328.
94. Brown J (pseud). The choice. *JAMA* 1989; 262: 2735.
95. Eichholz A. Amniocentesis: the experience of invasion and the ambivalence of foreknowledge. In: Offerman-Zuckerberg J, ed. *Gender in Transition: A New Frontier*. New York: Plenum, 1989: 173-177.
96. Feinberg J. Noncoercive exploitation. In: Sartorius R, ed. *Paternalism*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1990: 201-236.
97. Rothschild J., (ed). *Machina Ex Dea: Feminist Perspectives on Technology*. New York: Pergamon Press, 1983.
98. Spallone P. *Beyond Conception: The New Politics of Reproduction*. Granby, MA: Bergin & Garvey, 1989.
99. Spallone P, Steinberg DL. *Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress*. New York: Pergamon Press, 1987.
100. Corea G. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York: Harper & Row, 1985.
101. Arditti R, Klein RD, Minden S, eds. *Test-tube Women: What Future for Motherhood?*
102. Rothman BK. In *Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: W.W. Norton, 1982. London: Pandora Press, 1984.
103. Whitbeck C. Theories of sex difference. *Philosophical Forum* 5(1, 2); 1973: 54-80.
104. Whitbeck C. The moral implications of regarding women as people: new perspectives on pregnancy

- and personhood. In: Bondeson WB, ed. *Abortion and the Status of the Fetus*. Boston: D. Reidel, 1984: 251-252.
105. Atwood M. *The Handmaid's Tale*. Boston: Houghton Mifflin, 1986.
106. Leuzinger M, Rambert B. "I can feel it: my baby is healthy." *Reproduct Genet Engineering* 1988; 1: 239-250.
107. Sandelowski M, Harris BG, Holditch-Davis D. Amniocentesis in the context of infertility. *Health Care for Women International* 1991; 12(2): 167-178.
108. Borg S, Lasker J. *When Pregnancy Fails: Families Coping with Miscarriage, Stillbirth, and Infant Death: Prenatal Diagnosis and the Unwanted Abortion*, 2nd Edit. Des Plaines: Bantam Books, 1989.
109. United States, Department of Health, Education, and Welfare. *Antenatal Diagnosis*. April 1979. NIH Pub. No. 79-1973. Washington, DC, U.S. Gov't Printing Office, April, 1979.
110. Canadian College of Medical Geneticists. *Professional and ethical guidelines*. Ottawa: CCMG, 1986.
111. Canadian College of Medical Geneticists, Ethics and Public Policy Committee. *Prenatal diagnosis: the medical genetics perspective*. *Can Med Assoc J* 1991; 144(9): 1129-1132.
112. Wertz DC, *The 19-Nation Survey: Genetics and Ethics Around the World*. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989a: 1-79.
113. Nightingale EO, Goodman M. *Before Birth: Prenatal Testing for Genetic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990.
114. Blatt RJ. *Prenatal Tests*. New York: Vintage Books, 1988.
115. Chorover SL. *From Genesis to Genocide*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press, 1979.
116. Lifton RJ. *The Nazi Doctors*. New York: Basic Books, 1986.
117. Luria S. Human genome program (letter). *Science* (13 October 1989); 246: 873.
118. Mueller-Hill, B. *Murderous Science: Elimination by Scientific Selection of Jews, Gypsies, and Others, Germany 1933-1945*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
119. Proctor RN. *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.
120. McLaren A. *Our Own Master Race: Eugenics in Canada 1885-1945*. Toronto: McClelland & Stewart 1990.
121. McLaren A, McLaren AT. *The Bedroom and the State: The Changing Practices and Politics of Contra-ception and Abortion in Canada, 1880-1980*. Toronto: McClelland and Stewart, 1986.
122. Kevles DJ. In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity. New York: Knopf, 1985.
123. Ludmerer KM. *Genetics and American Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1972.

124. Adams M. (ed). *The Wellborn Science: Eugenics in Germany, France, Brazil and Russia*. New York: Oxford University Press, 1990.
125. Schneider WH. *Quality and Quantity: The Quest for Biological Regeneration in Twentieth-Century France*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
126. Soloway RA. *Demography and Degeneration: Eugenics and the Declining Birthrate in Twentieth-Century Britain*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1990. Somerville MA. Selective birth in twin pregnancy (letter). *N Engl J Med* 198a; 305: 1218.
127. Commission of the European Communities. Modified proposal for a Council decision adopting a specific research and technological development in the field of health: Human genome analysis (1990 to 1991). Official Journal of the European Communities, CB-CO-89-485-EN-C, Brussels (13 November 1989), p. 3.
128. Carlson EA. *Human Genetics*. Lexington, MA: D.C. Heath, 1984, Glossary V.
129. Carlson EA. Ramifications of genetics. *Science* (25 April 1986); 232: 531-532.
130. Wright R. Achilles' Helix. *The New Republic* (July 9 & 16, 1990): pp. 21-31.
131. Duster T. *Backdoor to Eugenics*. New York and London: Routledge, 1990.
132. Galton F. *Inquiries into the Human Faculty and its Development*. London, 1883.
133. Haller MH. *Eugenics: Hereditarian Attitudes in American Thought*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1984, p. ix.
134. Holmes HB, Hoskins BB, Gross M, ed. *The Custom-Made Child? Women-Centered Perspectives*. Clifton, NJ: Humana Press, 1981.
135. Holmes HB, Hoskins BB, Gross M, eds. *Birth Control and Controlling Birth*. Clifton, NJ: Humana Press, 1980.
136. Rodin J, Collins A, eds. *Women & New Reproductive Technologies*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1991.
137. Holtzman NA. *Proceed with Caution: Predicting Genetic Risks in the Recombinant DNA Era*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989.
138. Hogben L. *Genetic Principles in Medicine and Social Science*. London, 1931, p. 207.
139. Grant M. *The Passing of the Great Race*. New York, 1916, pp. 44-45.
140. Shaw GB. *Sociological Papers*. London, 1905, pp. 74-75.
141. Russell B. Eugenics. In: *Russell, B, Marriage and Morals* (London, 1924): 255-273.
142. Clapperton J. *Scientific Meliorism*. London, 1885, p. 10.
143. Mill JS. *On Liberty*. In: *Essential Works of John Stuart Mill*. New York: Bantam, 1961 (orig. pub. 1855), pp. 263, 353-354.

144. Czeizel A. The Right to Be Born Healthy: The Ethical Problems of Human Genetics in Hungary. New York: Alan R. Liss, 1988.
145. Fox-Genovese, E. Feminism without Illusions. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1991.
146. Fraser FC. Genetic counseling. Am J Hum Genet 1974; 26: 636-659.
147. Sorenson JR, Swazey JP, Scotch NA. Reproductive Pasts, Reproductive Futures: Genetic Counselling and Its Effectiveness. New York: Alan R Liss, 1981.
148. Wertz DC, Fletcher JC. Attitudes of genetic counselors: a multi-national survey. Am J Hum Genet 1988b; 42(4): 592-600.
149. Wertz DC, Fletcher JC. Ethical decision-making in medical genetics: Women as patients and practitioners in 18 Nations. In: Ratcliff KS et al, eds. Healing Technology: Feminist Perspectives. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1989b; 221-241.
150. Sorenson JR. Genetic counseling: values that have mattered. In: Annas GJ, Elias S, editors, Gene Mapping: Using Law and Ethics as Guides. New York: Oxford University Press 1992: 203-211.
151. Reed SC. A short history of genetic counseling. Soc Biol 1974; 21: 332-339.
152. Kessler S. Psychological aspects of genetic counseling. VII. Thoughts on directiveness. J Genetic Counseling 1992; 1: 9-18.
- (轉載自 : Journal of Women's Health 2;1993:1-16)

Dorothy C. Wertz, Ph.D.
Social Science, Ethics, and Law
The Shriver Center
John C. Fletcher, Ph.D.
Biomedical Ethics
The University of Virginia

對某些女性主義者質疑產前診斷的批評（下）

Dorothy C. Wertz & John C. Fletcher

鍾芳樺 何建志 譯

遺傳學中的「隱藏理由」

在那些認為產前診斷是優生學的主張之下，對於遺傳學宗旨潛藏著一個公開與未公開目的的基本衝突。誠如 Sylvia Tesh 所指出，在公共衛生措施的背後通常有一些「隱藏理由」¹⁵³。例如，當今的公共衛生措施關注於改變個人的生活方式，部分目的是為了將注意力轉移到社會文化以外的病因。在產前診斷上也可以作相近的類比。藉由將注意力集中在防止個人與家庭中的遺傳疾病，醫學界就可能不會去注意那些將次要症狀變成「問題」的社會條件。誠如 C. Wright Mills 所見，公共問題已經被轉變成私人問題¹⁵⁴。

不同社會群體差別使用產前診斷的影響

比起沒有接受產前診斷的女人，接受產前診斷的女人大致上擁有更好的教育程度與收入。在美國的一項研究顯示，喬治亞州超過四十歲以上的都會白種女人當中有 60% 使用產前診斷，而鄉村地區的非裔黑人女人只有 0.5% 接受產前診斷¹⁵⁵。Rapp 指出，在紐約市就診的少數族群婦女中，有一半不會按約定前來接受遺傳諮詢，而那些經過諮詢的女人之中，20% 至

50% 決定不接受產前診斷，這主要是因為她們與諮詢者的世界觀有所不同²⁷。相對的，紐約州有 10% 的私人醫院病患沒有按約定接受諮詢。這些差異來自於美國醫療照護體系之中的不平等現象（在 1988 年，39% 的非裔黑人母親及 39% 的拉丁美洲裔母親，並沒有在懷孕期的最初三個月接受產前照料）¹⁵⁶，以及來自於醫療專業人員與較低教育程度病患的溝通困難。關於遺傳諮詢溝通的研究更發現，如果病患的教育程度比較高，則專業人員與病患都能更加瞭解對方想要討論的事項¹⁵⁷。當病人的教育程度比較高，則遺傳學專業人員對於諮詢會更加滿意¹⁵⁸。而在諮詢後六個月，高學歷病患會更有可能回報諮詢影響了她們的生育計畫¹⁵⁹。雙薪家庭則更願意接受墮胎，尤其是當女方有大學或研究所的學歷，她們會比專職家庭主婦更願意墮胎^{19,160}。雖然非裔黑人美國人一般說來比白人有更高一些的墮胎比率，但是相對上很少進行選擇性墮胎，這大概是因為他們對於保護「想要的」(wanted) 懷孕賦予較高的價值¹⁶¹。即使在那些有公醫制度或全民健康保險的國家，遺傳學專業人員也注意到，相較於其他階級，家境與教育程度較好的人會有偏高的比例使用產前診斷³⁹。

那些接受產前診斷的女人並不一定是最有需要的人。生育年齡的分佈顯示，少數族群婦女，尤其是非洲裔與拉丁美洲裔，四十歲以上的懷孕者在比例上相對偏高。在拉丁美洲大多數地區，這種分佈比例更加不平均。據估計，在美國邊界以南，四十歲以上婦女的生育佔 10-12%，其中大部份是貧民，而且幾乎沒有人有機會可以利用產前診斷或合法的墮胎¹⁶²。

在未來，由於不同社會群體在產前診斷與選擇性墮胎上的差別使用，將可能導致遺傳疾病在不同社會階級之間的分佈不均。在這種情況下，由於較低層階級不使用產前診斷而繼續生育出心智障礙的子女，他們將因此受多數人所輕視。

產前診斷對於社會看待殘障者的影響

許多人士擔心，產前診斷的使用增加會造成殘障者的社會資源減少^{2-6,39,82,163-167}。然而，大多數的殘障並不是遺傳性。這些殘障來自於意外事故、老化、病毒或細菌引起的疾病、出生傷害、外力、或者接觸環境有害物質等。大多數嚴重心智障礙並不是遺傳學上的問題。染色體疾病（如唐氏症）、單一基因疾病（如戴薩氏症，脆弱 X 染色體症），以及發育畸形症（如神經管缺陷）等等，在智商不足五十的人當中佔 40%^{168(p.29)}。其餘 60% 則來自於出生意外事故、早產、出生體重過輕、接觸環境或化學有害物質，以及其他未知因素等等。遺傳疾病確實與許多早年死亡有關，包括嬰

幼兒死亡全體案例中的 20% 左右。遺傳疾病是僅次於早產與出生傷害的出生死亡原因。在一至四歲年齡層中，它們是第二大死因，而在十五至二十四歲的年齡層中，則是第四大死因^{109,168}，而次於意外事故、自殺與他殺之後¹⁵⁶。無論如何，遺傳疾病從來不是死亡或殘障的首要原因。許多胎兒畸形，包括某些先天性心臟病，並不能在產前加以診斷。即使是可以在產前加以診斷的疾病，如戴薩氏症，並不會在低風險群中實施檢驗，因而戴薩氏症還是會繼續出現。其他如神經纖維瘤這種疾病，則會有很高的新突變比例。這意味著，無論我們做了什麼產前診斷，殘障總是與人同在。社會需要準備為殘障者提供扶助。即使針對所有的懷孕都實施染色體產前診斷與神經管缺陷的檢驗（由於年輕女性受檢查的風險多於利益，因此這是不太可能會發生的事），並且每個女人都同意墮胎（這也是不太可能），社會上仍然會有基因上的出生缺陷者（來自於意外的天生代謝問題、新型突變、心臟病等等）。未來大部份的出生缺陷，仍舊會來自於早產、出生體重過輕，以及接觸環境有害物質，如同目前情形一般¹⁶⁹。這就是要求針對造成出生缺陷的社會與環境因素採取預防措施的理由。如果遺傳學的公共教育及產前診斷的使用是可取的，則社會與經濟措施沒有理由不同時並進。至於藉由提供母親適當營養、產前照護、避免藥物濫用與身體虐待，以及產前診斷等以預防殘障，則沒有任何理由必定會與扶助生存殘障者相互衝突。主張殘障者的減少將導致殘障者所接受的扶助降低，或者如果有

更多殘障兒出生則扶助會增加，這是不合邏輯的論點。

社會不太可能在未來會有更少的殘障者。當社會隨時間演進，我們可以預期會有更多而不是更少的各類殘障者，包括心智障礙。因此，重要的是如何增加社會對殘障者的扶助，而不是去盤算如何減少這些扶助。

然而，擔憂產前診斷會影響到社會看待殘障者態度仍不無道理。當健康照護預算遲早面臨限額的時候，對於那些前景有限，而又可以避免出生的殘障兒童，納稅人可能會依照奧瑞岡模式，而不願意對這些人提供非比尋常的扶助。這並不是說多數人對殘障者很沒有同情心，也不代表納粹式的滅絕計畫就要開始。然而，當治療無效，而州承擔了照護成本，在某程度上就必須對支出有所限制，從而使資金能用在可以被有效治療的病患身上。因此奧瑞岡州便決定不再對 AIDS 病童提供非比尋常的治療。這項決策的形成，是經過了全州各地的討論會議與公共討論之後才定案。在類似情況，某些嚴重又無法醫治的遺傳疾病也可能被削減經費，而且大多數的公眾也會同意。這正是多數意見最可能打壓少數人意見的領域。如果一個女人在產前診斷之後，仍然決定生下一個帶有重病、花費昂貴又無法有效治療的小孩，她可能會因此面臨社會責難^{170,171}。（當然，她可以拒絕接受產前診斷，但仍然會因此而被視為不負責任。）她也可能面臨社會利益的喪失。在針對遺傳學家所進行的調查中，美國國會科技評估局發現了健康保險公司試圖拒保的例子¹⁷²。這種歧

視也會發生在全民健康保險體制，在這種體制當中，保險由國家集中經營，唯一的訴求對象是立法機關，而最終則訴諸於選民。

女性主義者與父母如何看待選擇性墮胎

據估計，在美國總墮胎數量的 1% 是來自於產前診斷之後¹⁶⁹。這個數字在英屬哥倫比亞為 0.03%⁸⁰，在澳洲為 1%¹⁷⁴，在丹麥為 0.003%⁸¹，在德國為 1.3%⁸²，在以色列為 0.15%¹⁷⁵，在挪威為 0.002%¹⁷⁶，在瑞典為 0.003%¹⁷⁷，而在英國為 1.34%³⁹。雖然北美大多數的女性主義者將不至於主張以法律限制選擇性墮胎，然而某些歐洲女性主義者則傾向於維持基於女性個人選擇的墮胎，但是限制產前診斷後的墮胎¹⁷⁸。這些女人指出了，在個人經驗上，想要與不想要的懷孕有著根本上的區別。大多數發展到了接受產前診斷階段的懷孕都是想要的，即使是並非原本所計畫的懷孕。對於想要的懷孕實施墮胎，在心理上，以及某些人主張在道德上，與對不想要的懷孕實施墮胎有所不同。

女性主義觀點

依據女性主義觀點，胎兒的「價值」或「地位」是由胎兒與母親、家庭或社會之間的關係所賦予，而不是來自於某些在懷孕期間內日漸增加的內在形上學特質^{179,180}。最近女性主義者已經開始重新界定墮胎的觀點，以反映女人的懷孕與母性經驗。以

Thomson 的經典之作¹⁸¹為開端，女性主義思想曾強調對於墮胎權的需要。然而，這並不意味著墮胎是一項輕鬆自在的決定，尤其是針對想要的懷孕。女性主義思想家現在嘗試對女人的親身經驗加以考量。許多女人自懷孕開始就將胚胎或胎兒看作是「孩子」。女人不會去談她們的「胎兒」，而是去談她們的「孩子」或「未出世的孩子」。即使願意在前三個月懷孕期間墮胎的人數比起在次三個月期間更多，但是這二者在數目上的差額卻不如預期，在一項針對患有纖維囊腫(cystic fibrosis)子女的父母態度研究顯示，平均差額在 5% 左右¹⁶⁰。尤其是已經發展到了接受產前診斷的「想要的」懷孕，女人將她們自己看作與另一個生命有相互關連。那些選擇終止懷孕的女人不再認為胎兒是一個孩子；反之，它變成了某種實體¹⁸²。

根據 Susan Sherwin 對女性主義觀點所作出的傑出摘要，「關注於作為獨立實體的胎兒」導致了否定女人是對於胎兒情況具有基本利益的主動獨立道德主體¹⁸³。胎兒地位的道德問題一下就轉換成許可干預女人生殖自由的問題。Sherwin 認為「由於公共辯論已經被設定為女人與胎兒之間的權利衝突問題，為了保障女人的需要，女性主義者通常被迫拒絕關於胎兒價值的主張。」「就女性主義者的說法，要以在女人身體之內的脈絡，而不是以想像式的抽象孤離狀態來考量胎兒的發育。胎兒發育於個別女人生命中的懷孕。他們並不是住在無名子宮當中的房客，也不是既微小又必須看女人臉色，而可能受危害的完全

人格者。」他們的存在狀態必須以關係來加以界定，以反映出他們是在個別女人身體當中所發育；而這種關係使女人有理由對胎兒加以過問。」「基於這樣的觀點，胎兒在道德上有重要意義，但是他們具有關係性的地位而不是絕對性的地位。與其他人類有所不同，胎兒不能獨立存在；他們的存在與另一個特定的人有著獨一無二的聯繫。」^{183(pp. 108-109)}由於胎兒無法建立社會關係，而其他（母親以外）也無法與他們建立關係，所以胎兒並不是具有人格者；在這個意義上他們就與新生兒有所不同。根據這種思考方式，人格是建立在關係之上^{56,186-189}。

女性主義對於選擇性墮胎的觀點或許反映了許多女人面臨這種抉擇的經驗。在想要的懷孕中（或至少是通常會繼續的懷孕），女人通常一開始就自認為是母親。而墮胎則切斷了她們與未出世孩子已經建立的關係。如果墮胎是因為孩子「出了差錯」，則母親就扮演了法官而不是養育者的角色。她將以品質條件來評斷她自己的孩子，並以有意識的抉擇為生命把關。許多作抉擇的女人感覺自己冒犯了作為母親、養育者與女人的自我形象。如果女人將自己看作是被壓迫群體中的一名受害者（基於性別、種族或社會階級），她可能也會對殘障者抱有特別的同情¹⁸⁸⁻¹⁹⁴。對於殘障胎兒墮胎，則可能違背了她認為母性是提供照顧與自我犧牲的基本看法。

另一方面，女人為了在生育子女的生理特徵與能力之外建立自我形象，曾經進行了長期的艱苦抗爭運

動。在 1970 年代，被教養成無我以及為子女奉獻的女人開始認識到，為自己保留某些空間而不以其他人的需要為優先，並不當然是「自私自利」。女人在現代勞動世界中作為完整的人而活的需要，以及她們以溫情關係（包含與未出生子女的關係）所建立的世界之間，選擇性墮胎在二者的衝突矛盾中居於中心位置。這說明了為何女人會基於本身需要，而在即使對胎兒一無所知的情況下，也希望對不想要的懷孕實施墮胎，但是在另一方面卻對僅僅基於胎兒特徵而墮胎的決定有所遲疑。她們必須在不以犧牲為崇高價值的文化中作出抉擇。就大多數北美女人而言，為了可以避免的事情而犧牲，會被看成是既愚蠢又沒有價值¹⁹。

父母親的觀點

對於常規性的篩檢計畫的反應，或許是一般公眾對於因為胎兒缺陷而墮胎的最佳指標。如果產前篩檢是免費的，則大多數女人會加以接受^{23,40}。在歐洲的公共衛生篩檢措施中，有 60-90% 的懷孕婦女接受產前診斷^{22,194-196}。未從事產前診斷最通常的理由，是懷孕期間內太晚接受產前照護，而錯過可以墮胎的時機。在英國，只有 7% 的懷孕婦女基於道德理由而拒絕檢驗¹⁹⁷。一項在加州所作的研究也有類似的數據報告⁴⁰。

表一顯示了在產前診斷之後，女人因為某些常見遺傳病而選擇墮胎的比率^{198,199}。其中大部分的女人並沒有帶遺傳病的子女。大多數人針對嚴重心智障礙、早死或重大肢體殘障而

選擇墮胎。例如，最先在紐約市公共衛生計畫之下接受產前診斷的七千名婦女中，關於唐氏症與另外二種更嚴重的心智障礙，有 97% 墮胎，關於無腦畸形(anencephaly)或脊柱裂，不論種族或收入情況，墮胎比率為 100%²⁰²。當篩檢計畫實施越久，產前診斷與選擇性墮胎的接受度則越高。例如在蘇格蘭，女人為脊柱裂而選擇墮胎的比率由 1976 年的 21% 上升為 1985 年的 74%^{39,220}。

表二表示了帶病子女的父母親對於墮胎的態度（關於中年發病的杭廷頓氏症(Huntington disease)，表上則顯示帶病父母的成年子女態度，這些父母可能將疾病遺傳給子女）。這二個表是基於不同種類的研究所作成。表一描述了接受產前診斷婦女的實際行為，而表二（有一例外）則描述高風險群父母的態度，包括沒有進行產前診斷者。有許多父母反對將像他們子女一樣有病的胎兒加以墮胎，他們乾脆不進行產前診斷。對於產前診斷有興趣，就表示有考慮會墮胎的意願。據研究報告，相對於曾經 1) 選擇進行產前診斷，以及 2) 發現她們懷有帶病胎兒的女人，全體父母親對墮胎的態度是較不贊同。當從事選擇的時候，父母親對於社會、心理與道德因素進行複雜的權衡，這些因素他們總稱為「孩子以後會有什麼樣的人生」，或「我們的生活會如何」，換句話說就是生活品質。而當女人談到她們自己的生活品質，家庭的生活品質，以及孩子的生活品質，這些都是一連串思考中不可分的部分。通常她們會先提到自己的生活品質，緊接著考量到未

來子女、婚姻，以及家中的其他分子。女人通常使用「自私自利」的字眼來形容她們想要加以避免或譴責的事情。在女人的倫理推論中，「自私自利」（亦即不為他人著想的行為）是罪大惡極的事¹⁹¹。某些女人將這種論點推到極致。她們認為女人為自己保留空間，或者為自己所做的任何事就是自私自利。許多人的想法是，如果她們沒有成為能應付一切殘障的「女超人」或「超級媽媽」，她們就會被看作是自私自利。通常她們在表達決定之前會先說「這也許自私，但是」，並且接著懺悔她們簡直無法（或再）應付一個生病或殘障的子女。而相反的情形是，某些人使用「自私自利」的字眼譴責女人，因為這些女人從事的決定是他們所反對的事情。

生活在長期關係之中的女人，總是考慮到一個殘障子女會對婚姻或關係本身帶來什麼影響。某些人認為她們自己可以接受這個子女，但是「這種子女不是丈夫所希望的」。這個女人必須衡量她可以料理子女殘障的看法，以及她必須和可能一直排斥子女的男人共同生活的事實。在這些情況之下，子女獲得正常生活的機會，以及婚姻或關係繼續維持的機會，都會被減低。在衡量這些選擇方案的時候，許多女人決定追隨丈夫或伴侶的意見，以保障所有相關者的最佳利益。這些女人的道德推論是基於各項關係組成的網路，而不是基於「權利」或個人利益^{183,191}。她們並不會將自己、子女以及家庭的生活品質看成互不相關的事情。

當父母親們談論到子女的生活品質，他們的感受傾向於表一呈現的模式。雖然許多殘障是「社會所造成」^{5,6,12,18}，而可以經由社會變遷加以消除或大幅降低，但是有某些症狀仍然過於嚴重，以致於社會變遷仍然無法保證患者能夠參與社會活動。即使社會具有良好的社會服務措施，父母親仍然必須犧牲可觀的人力與財力。許多父母認為，幼年就會死亡或有嚴重障礙症狀的子女，並沒有真正的人生機會。

在生活品質之後，考量墮胎最重要的因素或許是懷孕「想要」或「不想要」的程度。對於不想要或可有可無的懷孕，即使只有相當輕微的「異常」症狀，家庭通常會對墮胎毫不遲疑。診斷則為這些家庭提供了道德上可接受的理由結束不想要的懷孕。而另一方面，當懷孕是家庭所要的，則即使是嚴重症狀，也會陷入極度困難的抉擇。

財務考量在多數的決定裡佔有一席之地，而且也是「生活品質」內容的一部分。雖然父母不會提出「成本效益」的說法，他們的確有考慮到代價。低收入與高收入的家庭都使用代價作為一項理由。

保護少數意見者的權利

當社會大肆採用產前檢驗，在價值上與眾不同或不受歡迎的人可能會遭受到權利侵害，這引發了許多的關切。我們應當承認，關於人、自然、生命意義以及上帝旨意，不同的群體與個人有各自不同的深信價值。只要

不同觀點沒有毀滅性的破壞效果，在民主社會中就有加以尊重的絕對必要性。在生下子女的情形，即使多數人不同意，父母的觀點仍然應該獲得尊重。關於女人，她已經自願承擔任何可能對她發生的損害，然而關於子女，如果有任何損害的話，卻不可能以子女不存在來加以衡量。許多的重病者，尤其是心智障礙者，並無法生育，因此他們不會對基因庫(gene pool)帶來損害。如果社會負擔起對於個人的扶助，則社會可能因此受損害。雖然健康照護的規畫者可能會考慮限制使用某些非比尋常或昂貴的措施，就如其他情形倫理學家曾經針對臨終病危或極度高齡者所作的建議²³³，但是不提供通常的照料或扶助就等於是在判斷什麼條件構成一個人。鑑於人們對於這個問題有不同價值，因此對於那些選擇養育嚴重殘障子女的人，以及他們的子女，一個正義與民主的社會應該提供充分的扶助。

當女人或家庭基於多數人文化所不贊同的理由而使用產前診斷，則會出現更困難的二難處境。選擇性別是一個主要的例子。阻止以產前診斷選擇性別，可能會被視為種族自我中心主義或不尊重文化差異。另一方面，以選擇性別而大發利市的人，可以藉「尊重文化少數族群」而正當化他們的所作所為。在多元文化社會中，不同文化的人們在學習尊重其他人的文化，因此指責其他文化的作法越來越難以避免被貼上「種族自我中心主義」的標籤。然而，我們有必要毫無保留地接受別人的作法？Susan Sherwin 提出了一套她稱為「女性主

義式道德相對主義」的辦法，以折衷於道德絕對主義（種族自我中心主義）與極端或不負責任的相對主義之間¹⁸³。Sherwin 以某些非西方文化之中對女人的陰蒂切除與其他破壞生殖情形為例，她主張一項作法的對錯可以用是否構成壓迫來加以判斷。以社群中多數，包括被壓迫者，都信仰某項作法的事實，並不足以使這項作法成為「對的」。整個社群可能向女人或社群中少數群體施加壓迫，因此社群的整個道德體系可能就是壓迫的表現。Sherwin 認為，對於一個社群的道德體系，可以基於它的演進（歷史）、所服務的利益（權力結構），與所犧牲的利益來加以評價。利益被犧牲者（通常是女人）通常贊同選擇性別或破壞生殖等社群作法的事實，並不能夠用來證明這種作法的倫理效力。在壓迫的歷史中，包括奴隸制度，被壓迫者通常認同了壓迫者的價值²³⁴。Sherwin 主張：「除非證明女人能夠免於父權體制的強迫，而又同意這項作法，不然，即使在以前慣常實施這種作法的地區中現在有多數公民的同意，我們也不能認為這種地方習俗可以被接受。」^{183(p.47)}根據 Sherwin 的標準，亞洲文化中的選擇性別是錯的，因為這來自於對女人的壓迫，而且助長了對女人的壓迫。即使女人並不是因為丈夫或伴侶的直接強制而要求選擇性別，選擇性別仍然是錯的，因為她的要求發自於一個帶有強制性的文化。因此，就這個例子，多數人的文化不應該尊重選擇性別的要求，也不須要因此自認為「種族中心主義」。拒絕選擇性別的要求並沒有貶

斥某一個文化的全體，而只有貶斥它在壓迫性的這個方面。

除了選擇性別之外，還有沒有其他不需要加以尊重的少數族群觀點？或許還有。同理類推，Sherwin 關於壓迫女人的論點，可以運用到以流行的美感觀點或時尚來壓迫與眾不同的人。例如，即使整個文化群體表示他們不接受身高六英尺以上的女孩或戴眼鏡的男孩，為了與人體機能無關的美容目的而進行產前診斷，這種要求不需要加以尊重。

某些女性主義者^{2,3}可能會將文化壓迫女人的論點加以擴充，以包含對於殘障者的壓迫。依照這個觀點，多數者或「健全者」的文化壓迫了較不健全的人。這種論點的基礎並不可靠。一個女人對於會耳聾或失明的胎兒實施墮胎，並不必然就是助長壓迫或助長對在世的耳聾或失明者施加污名化。在這些情形當中，倫理上的解決方法在於討論不終止懷孕而將孩子送人領養的選擇可能性。可是，這種選擇本身意味著犧牲生母的利益；很少女人會為了別人而生小孩，而且許多人會認為這種選擇是一種壓迫。殘障子女的出生更經常導致對女人的進一步壓迫。許多女性主義者可能會認為，在一個真正的正義社會之中，母親不必為了照料子女而犧牲自己，因為整個社會將承擔起照料工作。依照這個論點，女人不需要在壓迫自己與除去一個隸屬於被壓迫殘障團體的胎兒之間進行痛苦選擇。這是一種不切實際的烏托邦想法。社會不太可能會承擔起照顧嚴重心智障礙子女的全部工作，而大多數的女人也不希望這

樣。大多數的母親會比較喜歡負起照顧子女的最終責任。即使有了社會的扶助，某些人還是會認為這個責任超過了她們所能負荷的範圍。

結論

某些女性主義對產前診斷的批評可以加以考量。某些女人的確感受到了進行產前診斷的壓力；許多女人認為在現有條件下生育殘障子女的「選擇」太沒有吸引力，以致於形同毫無選擇。

不同社會群體對於產前診斷的差別使用，可能使社會對於殘障的觀感出現分裂不合。美國社會中逐漸增加的離析，可能導致對殘障者提供的服務減少。商業性的實驗室的確因為產前診斷而獲利，並且為了社會性而不是嚴格醫學上的症狀，而從事推廣運用產前診斷。公共衛生計畫，包括遺傳學，含有隱藏理由以撇清社會文化成因對不健康以及不健康定義的影響。「預防疾病」的目標，或者成本效益的論點，可能抵觸了強調「幫助個人達成最佳利益決定」的遺傳諮詢目標。最後，濫用產前診斷的情形存在著，尤其是關於選擇性別的情形。

另一方面，人們總是有著某些選擇。Sartre 認為「我別無選擇」的藉口是「不良信仰」。大多數的女人認為她們有選擇，而某些人則拒絕了產前診斷。在醫師方面則沒有證據顯示他們有施加強制。女人曾經主動共同推廣產前診斷。勸阻女人進行產前診斷並不必然會增加殘障者的利益。反而是鼓勵女人進行產前診斷更有可能增加殘障者的利益。帶病子女的數目

增加，最可能意味著每個人將接受到更少而不是更多的扶助。將產前診斷與強制性的優生計畫或死亡集中營相提並論，並不能對女人或殘障者有所幫助。反之，這種論證方式只會導致反墮胎主義者樂見女人回歸傳統-從屬-角色的後推力。

總之，證據在於：1)女人對於產前診斷行使了選擇；2)在「科技文化」中存在著運用產前診斷的社會壓力，如同在醫院生產以及使用其他生產科技也存在有社會壓力；3)比起其他用於生產的科技，女人在產前診斷上或許有更多的選擇權；4)大多數的女人，包括大多數以女性主義者自居的人，似乎因為能夠作出產前診斷所蘊含的選擇而感到寬慰；5)許多產前診斷的倫理問題來自於我們醫療照護體系中的不平等現象，而不是來自於這項科技本身；6)產前診斷並不是一種優生計畫。

參考書目：

153. Tesh SN. Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1988.
154. Mills, CW. The Power Elite. New York: Oxford University Press, 1956.
155. Sokal DC, Byrd JR, Chen ATL, Goldberg MF, Oakley GP. Prenatal chromosome diagnosis: racial and geographic variation for older women in Georgia. JAMA 1980; 244(12): 1355-1357.
156. United States, Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics. Health, USA 1990. Washington, U.S. Government Printing Office, 1991.
157. Wertz DC, Sorenson JR, Heeren TC. Communication in health professional-lay encounters: How often does each party know what the other wants to discuss? In: Ruben BD, ed. Information and Behavior. Vol. 2. New Brunswick, NJ: Transaction Books, 1988a: 329-342.
158. Wertz DC, Sorenson JR, Heeren TC. 'Can't get no (dis)satisfaction:' professional satisfaction with professional-client encounters. Work and Occupations. 1988b; 12(1): 36-54.
159. Wertz DC, Sorenson JR. Client reactions to genetic counseling: self-reports of influence. Clin Genet 1987; 30: 494-502.
160. Wertz DC, Janes SR, Rosenfield JM, Erbe RW. Attitudes toward the prenatal diagnosis of cystic fibrosis: factors in decision making among affected families. Am J Hum Genet, May, 1992.
161. Bowman JE. Invited editorial: prenatal screening for hemoglobinopathies. Am J Hum Genet 1991; 48: 433-438.
162. Penchaszadeh VB. Reproductive genetic testing from an international perspective: impact on women in

- underdeveloped countries. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 1992, in press.
163. King's Fund Forum. King's Fund Forum consensus statement: screening for fetal and genetic abnormality. *Br Med J* 1987; 295: 1551-1553.
164. Holder AR, Henifin MS. Selective termination of pregnancy. *Hastings Center Rep* 1988; 18(1) 21-22.
165. Hull RT, Nelson JA, Gartner LA. Ethical issues in prenatal therapies. In: Humber JM, Almeder RF, eds. *Biomedical Ethics Reviews*. Clifton, NJ: Humana Press, 1984: 225-249.
166. Johnson SR, Elkins TE. Ethical issues in prenatal diagnosis. *Clin Obstet Gynecol* 1988; 31: 408.
167. Motulsky A, Murray J. Will prenatal diagnosis with selective abortion affect society's attitude toward the handicapped? In: Berg K, Tranøy KE, eds. *Research Ethics*. New York: Alan R Liss, 1983.
168. NICHD. *Antenatal Diagnosis: Report of a consensus development conference*. Washington DC: DHEW, 1979, Pub. No. (NIH) 79-173.
169. Yankauer A. What infant mortality tells us. *Am J Pub Health* 1990; 80: 653.
170. Billings P, Kohn M, DeCuevas M, Beckwith J, Alper J, Natowicz M. Discrimination as a consequence of genetic screening. *Am J Hum Genet* 1992; 50: 476-482.
171. Natowicz MR, Alper JK, Alper JS. Genetic discrimination and the law. *Am J Hum Genet* 1992; 50(3): 465-475.
172. United States Congress, Office of Technology Assessment. *Cystic Fibrosis: Implications of Population Carrier Screening*. Washington: U.S. Government Printing Office, 1992.
173. Henshaw SK, Forrest JD, Van Vort J. *Abortion services in the United States, 1984 and 1985. Family Planning Perspectives* 19. New York: Alan Guttmacher, 1987.
174. Rogers JG, Taylor AM. Ethics and medical genetics in Australia. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 82-99.
175. Chemke JM, Steinberg A. Ethics and medical genetics in Israel. In: Wertz DC, Fletcher JC. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 271-284.
176. Berg K, Tranøy KE. Ethics and medical genetics in Norway. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 317-338.
177. Bischofberger E, Lindsten J, Rosenqvist U. Ethics and medical genetics in Sweden. In: Wertz DC, Fletcher JC. *Ethics and Human Genetics: A Cross-cultural Perspective*.

- Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 339-352.
178. Hansen F, Kollek R, eds. *Gen-Technologie -- die neue soziale Waffe*. Hamburg: Konkret Verlag, 1985.
179. Overall C. *Ethics and Human Reproduction: A Feminist Analysis*. Boston: Allen & Unwin, 1987.
180. Overall C. Selective termination of pregnancy and women's reproductive autonomy. *Hastings Center Rep*, May/June 1990: 6-11. Overall C, ed. *The Future of Human Reproduction*. Toronto: Women's Press, 1989.
181. Thomson JJ. A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1971; 1(1): 47-66.
182. Zimmerman M. *Passage Through Abortion*. New York: Praeger, 1977.
183. Sherwin S. *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
184. Baier AC. *Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985.
185. Held V. Feminism and moral theory. In: Kittay EF, Meyers DT, eds. *Women and Moral Theory*. Totowa, NJ: Rowman & Littlefield, 1987.
186. Gilligan C. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.
187. Lebacqz KA. Prenatal diagnosis and selective abortion. *Linacre Quarterly* 1973; 40: 109-127.
188. Samuelson D. A letter to my daughter/myself on facing the collective fear of being different. *Feminist Studies* 1986; 12: 155-167.
189. Sherwin S. A feminist approach to ethics. *Dalhousie Review* 1987; 64: 704.
190. Addelson KP. Moral passages. In: Kittay EF, Meyers DT, eds. *Women and Moral Theory*. Totowa, NJ: Rowman & Littlefield, 1987.
191. Banks O. *Faces of Feminism*. Oxford: Martin Robinson, 1991.
192. Kenen R. A look at prenatal diagnosis within the context of changing parental and reproductive norms. In: Holmes HB, Hoskins BB, and Gross M, editors. *The Custom-Made Child? Women-Centered Perspectives*. Clifton, NJ: Humana Press, 1981.
193. Kaufmann CL. Perfect mothers, perfect babies: an examination of the ethics of fetal treatments. *Reproductive and Genetic Engineering* 1988; 1(2): 133-139.
194. Cao A. Antenatal diagnosis of beta-thalassemia in Sardinia. In: Bankowski Z, Capron AM, eds. *Genetics, Ethics, and Human Values*. Geneva: CIOMS-World Health Organization, 1991: 72.
195. Cao A, Furbetta M, Galanello R, et al. Prevention of homozygous beta-thalassemia by carrier screening and

- prenatal diagnosis in Sardinia. *Am J Hum Genet* 1981; 33: 592-605.
196. Cao A, Rosatelli C, Galanello R, Monni G, Olla G, Cossu P, Ristaldi MS. The prevention of thalassemia in Sardinia. *Clin Genet* 1989; 36: 277-285.
197. Cuckle HS, Wald NJ. Impact of screening for open neural tube defects in England and Wales. *Prenat Diagn* 1987; 7: 91-99.
198. Wertz DC, Janes SR, Rosenfield JM, Erbe RW. Attitudes toward the prenatal diagnosis of cystic fibrosis: factors in decision making among affected families. *Am J Hum Genet*, May, 1992.
199. Wertz DC. *Prenatal Diagnosis and Society*. Ottawa: Royal Commission on New Reproductive Technologies, 1993, in press.
200. Engel E, DeLozier-Blanchet CD. Ethics and medical genetics in Switzerland. In: Wertz DC, Fletcher JC, eds. *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 353-379.
201. Golbus MS, Loughman WD, Epstein CJ, Halbasch G, Stephens JD, Hall BD. Prenatal genetic diagnosis in 3000 amniocenteses. *N Engl J Med* 1979; 300: 157-163.
202. Benn PA, Hsu LYF, Carlson A, Tannenbaum HL. The centralized prenatal genetics screening program of New York City III: the first 7,000 cases. *Am J Med Genet* 1985; 20(2): 369-384.214.
203. Priest JH, Fernhoff PM, Elsas LJ. Prenatal diagnosis in metropolitan Atlanta and the impact on autosomal trisomies. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159(5): 1306-1307.
204. Faden RA, Chwalow J, Chase GA. Pregnant women's attitudes toward the abortion of defective fetus-es. *Population and Environment: Behavioral and Social Issues* 1983; 6: 197-209.
205. Faden R, Chwalow JA, Quaid K, Chase GA, Lopes C, Leonard CO, Holtzman NA. Prenatal screening and pregnant women's attitudes toward the abortion of defective fetuses. *Am J Pub Hlth* 1987; 77(3): 288-290.
206. Golbus MS, Conte FA, Schneider EL, Epstein CJ. Intrauterine diagnosis of genetic defects. Results, problems, and follow-up of one hundred cases in a prenatal detection center. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 118(7): 897-905.
207. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Screening and counseling for genetic conditions*. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1983.
208. Cuckle HS, Wald NJ, Cuckle PM. Prenatal screening and diagnosis of open neural tube defects in England and Wales in 1985. *Prenat Diagn* 1989; 9: 393-400.

209. Ferguson-Smith MA. The reduction of anencephalic and spina bifida births by Maternal Serum Alpha-fetoprotein screening. *Br Med Bull* 1983a; 39(4): 365-372.
210. Modell BD, Petrou M. Review of control programs and future trends in the United Kingdom. In: Fucharoen S, Rowley PT, Paul NW, eds. *Thalassemia: Pathophysiology and Management, Part B*. New York: Alan R Liss, 1988: 422-433.
211. Cao A, Cossu P, Monni G, Rosatelli MC. Chorionic villus sampling and acceptance rate of prenatal diagnosis. *Prenat Diagn* 1987; 7: 531-533.
212. Pearson HA, Guiliotis DK, Rink L, Wells JA. Patient age distribution in thalassemia major: changes from 1973 to 1985. *Pediatrics* 1987; 80: 53-57.
213. Lalatta F, Tognoni G. Ethics and medical genetics in Italy. In: Wertz DC, Fletcher JC, *Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 285-293.
214. Rowley PT. Prenatal diagnosis for sickle cell disease: a survey of the United States and Canada. *Ann NY Acad Sci* 1989; 565: 48-52.
215. Rowley PT, Loader S, Sutera CJ, Walden M, et al. Prenatal screening for hemoglobinopathies: a prospective regional trial. *Am J Hum Genet* 1991; 48:
216. Driscoll MC, Lerner N, Anyane-Yeboa K, Maidman J, Warburton D, Schaefer-Rego K, Hsu, R, Ince C, Mulin J, Pollai M et al. Prenatal diagnosis of sickle hemoglobinopathies. The experience of Columbia University Comprehensive Center for Sickle Cell Disease. *Am J Hum Genet* 1987; 40: 548-558.
217. Robinson A, Bender B, Linden M. Decisions following the intrauterine diagnosis of sex chromosome aneuploidy. *Am J Med Genet* 1989; 34: 552-554.
218. Holmes-Siedle M, Ryyanen M, Lindenbaum RH. Parental decisions regarding termination of pregnancy following prenatal detection of sex chromosome abnormalities. *Prenat Diagn* 1987; 7: 239-244.
219. Verp MS, Bombard AT, Simpson JL, Elias S. Parental decision following prenatal diagnosis of fetal chromosome abnormality. *Am J Med Genet* 1988; 29: 613-622.
220. Ferguson-Smith MA. Prenatal chromosome analysis and its impact on the birth incidence of chromosome disorders. *Br Med Bull* 1983b; 39(4): 355-364.
221. Boue A, Fra_oise-Muller F, Nezelof C et al. Prenatal diagnosis in 200 pregnancies with a 1-in-4 risk of cystic fibrosis. *Hum Genet* 1986; 74: 288-297.

222. Al-Jader LN, Goodchild MC, Harper PS. Attitudes of parents of cystic fibrosis children towards neonatal screening and prenatal diagnosis. *Clin Genet* 1990; 38: 460-465.
223. Evers-Kiebooms G. Decision making in Huntington's disease and cystic fibrosis. *Birth Defects: Original Article Series* 1987; 23(2): 115-149.
224. Denayer L, Evers-Kiebooms G, Van den Berghe H. A child with cystic fibrosis: I: Parental knowledge about the genetic transmission of CF and about DNA diagnostic procedures. *Clin Genet* 1990; 37: 198-206.
225. Miller CH, Hilgartner MW, Aledort LM. Reproductive choices in hemophilic men and carriers. *Am J Med Genet* 1987; 26: 591-598.
226. Evans DIK, Shaw A. Attitudes of hemophilia carriers to fetoscopy and amniocentesis. *Lancet* 1979; 2: 1371.
227. Markova I, Forbes CD, Inwood M. The consumers' views of genetic counseling of hemophilia. *Am J Med Genet* 1984; 17: 741-752.
228. Kessler S, Field T, Worth L, Mosbarger H. Attitudes of persons at risk for Huntington disease toward predictive testing. *Am J Med Genet* 1987; 26: 259-270.
229. Markel DS, Young AB, Penney JB. At-risk persons' attitudes toward presymptomatic and prenatal testing of Huntington disease in Michigan. *Am J Med Genet* 1987; 26: 295-305.
230. Schoenfeld M, Myers RH, Beckman B, Clark E. Potential impact of a predictive test on the gene frequency of Huntington disease. *Am J Med Genet* 1984; 18: 423-439.
231. Craufurd DIO, Harris R. Ethics of predictive testing for Huntington's chorea: the need for more information. *Br Med J* 293; 1986: 249-251.
232. Meissen GJ, Berchek RL. Intended use of predictive testing by those at risk for Huntington disease. *Am J Med Genet* 1987; 26: 283-293.
233. Callahan D. *What Kind of Life? The Limits of Medical Progress*. New York: Simon & Schuster, 1990.
234. Patterson O. *Slavery and Social Death*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989.
- (轉載自 : *Journal of Women's Health* 2;1993:1-16)

Dorothy C. Wertz, Ph.D.
Social Science, Ethics, and Law
The Shriver Center
John C. Fletcher, Ph.D.
Biomedical Ethics
The University of Virginia

本文 (上) 部分由鍾芳樺翻譯 , (下) 部分由何建志翻譯。

表一：產前診斷之後的墮胎選擇

疾 病	影 響	選擇墮胎的比例	地 區
1.染色體異常：13、18 或 21 號（唐氏症）三染色體	嚴重心智障礙；13 與 18 號染色體；嬰孩期死亡	100% 94% 97% 73% 79% 100%	瑞士 ²⁰⁰ 美國 ²⁰¹ 紐約市 ²⁰² 亞特蘭大州 ²⁰³ 馬里蘭州 ^{204,205} 美國 ²⁰⁶
2.伴隨嚴重心智障礙的代謝異常（如戴薩氏症）	嚴重心智障礙；五歲前死亡	100% 接近 100%	澳大利亞 ¹⁷⁴ 美國 ²⁰⁷
3.無腦畸形	沒有高級腦部機能；只有腦幹；出生不久後死亡	100% 100%	威爾斯 ²⁰⁸ 紐約市 ²⁰²
4.脊柱裂	脊柱未閉合且神經受損；通常有半身不遂；有時中度障礙	74% 接近 100% 100%	蘇格蘭 ²⁰⁹ 威爾斯 ²⁰⁸ 紐約市 ²⁰²
5.地中海貧血	通常在越來越疼痛無力之後導致 20 歲前死亡；分佈於希臘人、義大利人以及其他地中海民族	95% 90% 接近 100% 100% 99%	澳大利亞 ¹⁷⁴ 英國 ²⁰¹ 薩丁尼亞 ²¹¹ 美國 ²¹² 義大利費拉拉 ²¹³
6.鐮刀型紅血球細胞貧血症	血液疾病；預期壽命較短；疼痛；分佈於非洲人後裔，並發現於某些希臘人與南亞人之中。預後情形較地中海貧血理想	39% 54%	美國 ^{214,215} 美國（紐約市） ²¹⁶
7.性染色體異常（XYY,XXX,XXY,45,X 等）	因病而異；可能不孕；無法性成熟；身高異常（較高或較矮）偶有學習障礙	79% 62% 38%	瑞士 ²⁰⁰ 紐約市 ²⁰² 丹佛 ²¹⁷

		63%	英格蘭與芬蘭 ²¹⁸
		67%	美國 (24 項公布的研究) ²⁰⁶
8.失明		62%	馬里蘭州 ²⁰⁴²⁰⁵
*僅為態度研究；並非表示產前診斷之後的實際選擇			

表二：有病人的家庭對墮胎的態度			
疾 病	影 響	表示會墮胎者的比例	地 區
纖維囊腫*	酵素不足影響肺臟與消化系統。壽命為常人一半，目前在美國為 27 歲，在加拿大為 32 歲。	95%	法國** ²²¹
		52%	威爾斯 ²²²
		20%	新英格蘭 ¹⁶⁰
		42%	比利時 ²²³
		65%	比利時 ²²⁴
血友病	「流血疾病」*。缺乏凝血因子，需要經常治療。因輸血與血液製劑而有感染 HIV 人類免疫不全病毒的風險。	46%	澳大利亞 ¹⁷⁴
		100%	美國 ²²⁵
		43%	英格蘭 ²²⁶
		40%	蘇格蘭 ²²⁷
		43%	加拿大 ²²⁷
杭廷頓氏症 ***	嚴重的心智與運動退化至死；首次病情出現於 40 歲左右。	71%	美國 ²²⁸
		43%	美國 ²²⁹
		33%	美國 ²³⁰
		35%	英格蘭 ²³¹
		30%	美國 ²³²
*回覆意見者為病童父母。			
**研究顯示產前診斷陽性後的實際決定，而非態度。			
***回覆意見者為得病父母的成年子女。			