漫談家庭計劃

家庭計劃執行秘書 □ 孫得雄



一、前言

「家庭計劃」雖然是一個比較新的觀念，但相信各位讀者對這個名詞並不陌生，因爲它是我國政府決定推行的一個重要政策，而且在大衆傳播方面也已經有很多介紹與報導。上個月作者受杏園雜誌社總編輯之托，希望據個人對這個方面的經驗，提出一些資料給現在正學習醫學的同學作爲參考。本來，因爲家庭計劃是由行政院衞生署主管，且作者雜事纏身，再三推辭，但終因杏園負責人之盛意難却，也就答應貢獻個人之見，以拋磚引玉，換起學醫同學對這個題目的關心與協助。

二、什麼是家庭計劃

提到家庭計劃，很多人就會連想到山額夫人(Margaret Sanger)。她是一位護士，因爲看到許多貧窮的婦女受盡子女過多痛苦，曾於1914年散發"Family Limitation"（限制子女數）及"Women Rebel"（女反抗者）等宣傳刊物，發動節育運動。其主要目的是推行節育方法，使婦女不再受生育子女過多之累。雖然她並不是最早提倡節育方法的人，但是現在的家庭計劃推行運動的深受她熱心提倡及推動的影響。

現在所推行的家庭計劃（family Planning），和單純的節育（birth limtation）不盡相同。它和生育調節（birth control）比較接近。一對男女結爲夫妻後，總希望生育幾個子女。可是多數人對生育子女，並沒有妥善的計劃；就是說對一共生幾個子女，什麼時候生一個，將來如何養育等等都沒有預先計劃，任其自然，抱定生了再說的態度。這不是有計劃的家庭，也不是有責任感的父母應有的態度。所謂生育，是不但要「生」，而且還要「育」；「生」也許容易，「育」就不那麼簡單了。有些人生而不育，不但對不起後代，也對不起社會，因爲他們的子女淪爲社會的負擔。因此，生育不可沒有計劃。嚴格說來，這種計劃應該從結婚開始，即何時結婚，以及結婚以後生幾個子女，每個子女之間應隔多久等等，都應該依照各家庭及社會的實際需要做一個妥善的計劃。這種計劃在以前還沒有比較可靠的避孕方法時，只是空談。但是，現在已經有各種有效的避孕方法可資運用，正如車子裝上了剎車，可以任意停開，操作自如。

就生育力旺盛的人說，這種計劃主要是如何運用有效的避孕方法來調節生育的間隔與數目。但就不孕的人來說，應該包括不孕症的治療。因此，家庭計劃的結果應該是，人人都能在適當的時候生子女，應該停的時候就停，每一個生出來的孩子都是父母所期望的。

三、爲什麼要推行家庭計劃

行政院五十七年五月十七日頒佈的「臺灣地區家庭計劃實施辦法」第一條說，這是爲了「增進國民健康，提高生活水準」；在第二條訂定實施目標爲「在使臺灣地區人口之年自然增加率能爲合理之成長」。由這兩條的規定，可以看出政府推行家庭計劃是爲了增進國民健康及解決人口增加過速的問題。這個問題的改善，可使家庭生活水準提高。

這個也可以從兩個不同的立場，即自國家社會的立場及個人或家庭的立場來看。從國家社會的觀點看來，推行家庭計劃是爲了緩和人口問題，提高國民的生活水準；從個人及家庭的立場來說，是爲了增進個人的健康，提高家庭生活水準，增加家庭的幸福。

那麼，臺灣地區有什麼人口問題呢？最基本的有三個：㈠人口密度很高；㈡人口增加太快；㈢人口之年齡構成對經濟發展不利。就人口密度來說，過去我們都認爲荷蘭是世界上人口最稠密的國家，但是這個觀念已成爲歷史上記載，同爲臺灣地區的人口密度自1968年起超過荷蘭而成爲世界第一。1970年的臺灣地區人口密度高達每平方公里406人，荷蘭是每平方公里384人。不過以土地總面積計算的人口密度，不能充分表示人口對土地的壓力。我們知道臺灣地區有一半以上的土地是高山峻嶺，利用價值很低，但荷蘭却全國均爲平地，利用價值甚高。現在如果以耕地人口密度來表示，即1970年時臺灣地區每公頃耕地可分配到16人，而荷蘭則只有14人。事實上日本的耕地人口密度也高達每公頃18人。可是這兩個國家的工商業非常發達，對耕地的依賴程度不如臺灣地區之高，而且人口增加速度遠較臺灣地區爲緩慢，故將來人口密度提高的速度亦較慢。

臺灣地區在民國前6年（1905年）時，約有300萬人口，至民國30年時便增加爲600萬，即於36年間增加一倍。光復後於民國55年增加爲1,300萬，即除去自大陸遷臺的100萬後，於20年間增加一倍；至民國60年底已增加爲1,500萬人，增加速度非常之快。臺灣地區人口增加之所以如此之速，主要是由於死亡率的急速下降。民國36年時死亡率仍高達千分之十八，至民國60年時已降爲千分之四點八，僅約爲美國死亡率的一半。這個變遷除了醫藥衞生之改善以外，人口比較年輕亦有關係。另一方面，出生率在民國40年時曾高達千分之五十，現在雖然已降爲千分之二十五點六，仍然比先進國家爲高，因此自然增加率仍高達千分之二十一。如果此一比率不變，臺灣地區的人口便每33年增加一倍。我們各種社會經濟條件是否能够在33年間增加一倍，是值得考慮的問題

。不但如此，人口從1,500萬增加爲3,000萬，人口密度便從417 人增加爲834人，或耕地人口密度增加爲每公頃32人（耕地已不可能大量增加），可能會帶來經濟以外的問題，即目前最嚴重的公害問題；例如空氣、水、土壤及環境的汚染問題，爲害人民停康至鉅。

出生率高，表示每年出生的嬰兒多，因此總人口中幼年人口所佔的比率相對地提高。臺灣地區15歲以下人口所佔總人口之比例高達百分之四十。此一比例，美國爲二十九，日本口有二十四。如果以每一百個15至64歲的人口應該負擔的15以下及65歲以上的人口數稱爲依賴人口指數，即臺灣地區的指數爲78，但美國是63，日本僅爲45，在經濟上的負擔遠較臺灣地區爲輕。

如果上述的問題能因推行家庭計劃而得緩和，無疑對國家社會的福利，貢獻至鉅；可以促進經濟的發展，提高國民的生活水準。

就個人的觀點說，主要是生育與母子健康及家庭經濟等之配合問題。大家知道，生育的數量與間隔，對母子的健康有很大的影響。多產必然導致嬰兒及產婦死亡率之提高。據民國五十六年的臺灣地區生命統計調查，嬰兒死亡率隨着胎次而遞增：第一胎爲千分之22.7，第二胎爲28.8，第三胎爲43.3，第四胎爲39.3，第五胎爲46.4，第六胎爲57.7，第七胎及以上者爲58.3。臺大醫院在民國47—56年間的統計顯示，產婦死亡率也隨着生產胎次之提高而遞增：生產第一胎的婦女，有千分之1.8死亡，至第三胎爲3.5，第六胎者爲8.13，生產第十胎或以上者死亡率高達千分之51.3，可見多產對母親的安全是一項嚴重的威脅。此項統計雖然因爲樣本有選擇性而可能有偏差，但仍足以表示高胎次生產之危險性。產婦死亡率與產婦年齡亦成比；20—24齡生產者死亡率僅約千分之2.3，但35—39齡生產者死亡率提高至9.4，在40歲以上生產者死亡率高達千分之21.5。另一方面生育間隔太短，母體的負擔過重，易損健康。有些人「年頭一個，年尾又一個」，在母體尚未復元時就再懷孕；母親除了負擔自身復元及授乳之需外，同時負擔胎兒之營養，構成三重負擔。爲了母體的健康及胎兒的充分發育，應該間隔生育，至少兩年。

近年來由於社會的進步，各種水準的提高，養育子女的成本也隨着提高，諸如教育費用，房租，衣着等等。子子太多，不容易籌足教養的費用。每一個人一天只有廿四小時，做父母的也不例外。上天不會因爲一對夫妻多生了一個孩子就多賜給他們幾個小時。一位母親能爲子女的教養所花費的時間到底是有限制的；每一個孩子所能得到母愛的時間，隨著孩子數的增加而遞減。也有許人會說，我們有錢，可以僱人來照顧孩子。可是失去「母愛」的孩子，固然也會成人，但是心理上的發育將不甚健全。有些孩子會墮入不良習慣，不能自拔，以致毀滅前程，使爲人父母者永遠心痛。爲了使每一個孩子都能得到照顧，應該事先計劃生育。

許多家庭糾紛，都因子女多而引起。子女多，父母便爲之終日奔波，疲於勞命。做父親的爲了維持一家之生活，終日在外辛勞工作，母親亦爲家事忙得團團轉。人在疲勞時最容易動怒。稍有不對，便大起風波，「溫暖家庭的氣氛全失，那有幸福之可言？人生乏味，可說已到了極點。究其原因，只不過是子女太多所致。何苦自己虐待？」

因此，爲了個人的健康，家庭的幸福，以及國家社會的繁榮，必須實行家庭計劃。

四、推行概況及成果

臺灣地區之家庭計劃工作，零星的活動雖然開始得很早（始自民國39年），但是比較大規模的推行始於民國53年。當時因爲還沒有家庭計劃政策，故以「孕前衞生（Pre-Pregnancy Health，或簡稱PPH）的名義推行。所介紹的主要的避孕方法是「樂普」（L00P）。樂普是一種双S型塑膠製品，裝在子宮內以達避孕目的。其避孕原理有兩種說法：一種是說，裝了樂普之後可促進輸卵管的蠕動，將排出的卵於短時間內送達子宮，以致沒有機會受精。另一種說法是，樂普會阻擾受精卵的着床。由於使用簡便且價廉，接受者踴躍；自民國五十三年以來，已裝置94萬。其中屬於第一次裝置者約爲75萬，約佔20—44歲有偶婦女總數（180萬）百分之十四。可是據調查估計，現在仍在使用所接受的樂普者只約32萬，佔育齡有偶婦女數百分之十八。這表示停用的比率相當的高。停用率爲什麼高呢？除了一小部分婦女爲了再生育而停用外，多數是因爲副作用等理由而停用。樂普會引起嚴重的副作用嗎？據我們的調查，致使婦女們停用的副作用並不很嚴重。因爲樂普是外來的異物，裝置後子宮自然會起一些反應，有時將它排出體外，有時會因刺激而有出血現象。但是這些副作用都是因爲子宮對樂普還沒有適應所引起。例如穿上新皮鞋，脚會覺得不舒服一樣，過了一段時間就會好的。可是，一般婦女並不瞭解這一點，有些不舒服就想把它取出。如果裝置的醫師能够好好說明這種道理，她可能再繼續使用下去。醫師在這方面所能貢獻的可說不小。推介一位婦女使用樂普可說不易，既已裝置，希望能繼續使用以達避孕的目的。裝置前，醫師應詳細檢查該婦女是否可以裝置樂普。如果不適合裝置樂普，應介紹其他避孕方法，不可

勉強裝置，這是醫師的責任。

口服避孕藥(Contrace ptive pills)的推廣始於民國56年元月，五年來已有22萬人接受。這些接受者多數是曾經使用過樂普的婦女。由於臺灣地區的婦女對口服避孕藥不太習慣，加上報紙常常刋登口服避孕藥可能引起癌症或其他嚴重副作用文章，因此失去對它的信心。就是介紹它的四百多位工作員亦減少了信心，停用率就相對地提高。其實，到目前爲止，世界上尚無一個個可靠的研究結果，能够證明口服避孕藥會引起癌症。除了患有肝病，子宮纖維腫、子宮頸癌、乳癌，動脈硬化症及血栓靜脈炎等病症的婦女以外，都可以放心使用。醫師在介紹口服避孕藥時應該注意上列的禁忌，但對接受者應强調不要因輕度的噁心或頭暈而停用，因爲口服避孕藥是一種荷爾蒙劑，在體內造假懷孕的狀態，以致不排卵，也就不懷孕。所以在服用初期，會產生與懷孕初期相似的現象。

民國六十年五月開始介紹保險套（Condom）給丈夫們。過去的家庭計劃工作都注重婦女。雖然生育子女是婦女的天職，可是丈夫亦應負一半責任，因此開始介紹這種完全沒有副作用的方法給丈夫。到目前爲止，接受者已達11萬人，但繼續使用的情形並不好；估計只有其中三分之一的人還在使用。

過去數年來能够推介這許多人接受避孕方法，不能不說相當成功。可是，這些成績對生育率的降低到底產生了多少效果呢？我們知道，在民國54年至59年的五年間，出生率曾經自千分之32.14降至27.17，即減少了千分之4.97。據作者等的計算，其中的百分之4.2（即千分之0.21的出生率）是由於年齡構造的變化所引起的降低；有百分之30.4（即千分之1.51）是因爲結婚年齡的提高所引起；而有百分之65.2（即千分之3.24）是由於避孕所引起的生育率降低。當然我們不能因此而斷定，過去出生率的降低，有三分之二是由推行家庭計劃所致，因爲正在使用避孕方法的夫婦中，約有一半使用着政府沒有推行的避孕方法，例如結紮，子宮環等等。可是這些夫婦的實行家庭計劃，無疑間接受到家庭計劃推行的影響，而且其中有很多夫妻是先接受政府所推行方法後轉用其他方法的。

在家庭計劃推行工作中，駐鄉鎮區的工作員及特約醫師（有七百多名）的功勞很大。醫師裝置一個樂普雖然也可以得到新臺幣60元的補助，但是可貴的是，很多醫師把裝置樂普當做一種社會服務，造福人群。如果他們能够多花些時間，爲求避孕者詳細說明所接受避孕方法，使其增加信心，或多做一些有關的指導與處置，以兼顧繼續使用率和婦女的健康問題，則更是功德無量了。

五、現在所面臨的問題

過去數年間，家庭計劃工作已經收到相當的成效，使人口自然增加率降低至千分之21。可是，**由於下列的幾個問題，將來十年之間，工作比以前困難；如果不加強推行，出生率將回升，過去努力的成果，將毀之於一旦。**

(1)**年青婦女生育率高**：臺灣地區有偶婦女之生育率，三十歲以上者由於實行家庭計劃，已有顯著的降低；每千人婦女每年生育不到150嬰兒。二十五至二十九歲者仍然維持在千分之三百至三百五十，即每人每三年生一個，與其他國家同一年齡婦女之生育率比較，仍嫌過高。十五歲至二十四歲者，在過去十年之間，反而自千分之四百提高爲千分之四百五十至五百，即約每兩年生一個，生育率之高，實屬罕見。

(2)**年青婦女數將大量增加**：由於光復初期的生育旺期所生嬰兒已屆生育年齡，今後十年間二十至二十九歲婦女將大量增加；其中生育率特高的二十至二十四歲婦女將由552,000人增爲925,000人，計增加百分之六十七；廿五至廿九歲者將由450,000增至830,000人，計增加百分之八十一。

(3)**理想子女數多**：根據全省性的抽樣調查，在育齡的婦女，大多數認爲有四個子女最理想。此一答案，自民國五十四年至今不變。此一理想子女數在美國爲三個，日本爲二點七個，但事實上，這兩個國家的婦女，其生育數均未達上到之理想數，但臺灣地區的婦女生育數因未能如意控制，都有超過理想數的趨勢。據估計，如果今年起每一家庭都生四個孩子，人口將於三十年後加倍；如果每一家庭生三個子女，則五十年後加倍；如果每一家庭只生兩個孩子，則人口數仍然繼續增加至民國九十八年而達一千八百二十萬。

(4)**重男輕女之觀念重**：由於中國傳統的觀念，有百分之九十四的丈夫認爲一定要有兩個以上的兒子。爲了得到兩個兒子，平均要生四個子女，運氣較差的夫婦將要生四個以上才能得到兩個兒子。如此每一家庭平均子女數必然超過四個。

爲了克服上述的困難而達到「人口合理成長」的目標，必須加倍努力。除了應增加工作人員及經費之外，醫護人員之協助更是不可少的。做爲一位醫護人員，不要說是協助推行國家政策，就是站在救人濟世的立場說，也應有像**山額夫人**的精神。