

浅谈人工流产对社会和经济发展的影响

蔡雅梅^{1,2}, 程怡民², 吕岩红^{1,2}, 王潇滢^{1,2}

(1 中国协和医科大学, 北京 100730; 2 国家人口计生委科研所, 北京 100081)

摘要: 人工流产是世界范围内生殖健康领域优先议题之一, 广泛存在于世界各国, 作为意外妊娠的补救措施是必要的, 但是伴随着人工流产, 子宫穿孔、不全流产、出血、感染、不孕等并发症或后遗症时有发生, 不仅有损于妇女的身心健康, 而且也会给社会和经济的发展造成一定程度的影响。现对世界范围及我国的人工流产现状做一综述, 深入分析其原因, 探讨人工流产对社会和经济发展的影响, 并在此基础上提出降低人工流产的措施和建议。

关键词: 人工流产; 人力资源; 卫生事业发展; 经济负担

中图分类号: C923 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2006)06-0019-03

人工流产广泛存在于世界各国, 作为意外妊娠的补救措施是必要的, 而且在一些生育率迅速下降的国家, 人工流产在生育率下降初期也起了决定性的作用。然而伴随着人工流产, 子宫穿孔、不全流产、出血、感染、不孕等并发症或后遗症时有发生, 不仅会给妇女生殖方面带来病理性损害, 而且还会造成妇女的心理性损害, 尤其是未婚人流。人工流产问题已经成为国际社会广泛关注的医疗和社会问题。本文就人工流产的现状, 人工流产给社会和经济发展带来的可能影响进行讨论。

一、人工流产的现状和原因分析

1. 人工流产的现状

人工流产是非意愿妊娠的情况下采取的人为终止妊娠的一种措施。据世界卫生组织估计, 在世界范围内, 每年有7500万例非意愿妊娠发生, 其中的大部分以人工流产告终。据WHO估计数值显示, 全世界每年大约有2500万到5500万次人工流产发生, 其中大约有6万到10万妇女死于不安全流产的并发症^[1]。斯坦利·汉肖等对56个国家人工流产妇女特征

研究后得出以下结论, 从年龄分布上, 人工流产者中40岁及40岁以上的妇女所占比例最低(10%或更少), 人工流产比例最高的发生在20~29岁的妇女中(约占50%左右), 20岁以下的青少年所占比例各国不等, 25个国家在10%~20%之间, 9个国家在20%以上。此次研究中虽然发现超过半数国家已婚妇女的人工流产比例高于未婚妇女, 然而未婚妇女一旦怀孕则更倾向于选择人工流产, 而且是秘密人流^[2]。在中国, 育龄妇女人工流产率及重复流产率还是相当高。2001年对中国已婚育龄妇女的生殖健康调查结果显示, 育龄妇女人工流产发生率为27.3%, 其中做过两次以上人工流产的已婚育龄妇女占到了38.1%, 这组数据尚未包括未婚人工流产^[3]。有关未婚人工流产的报告, 北京市11所医院寻求人流服务的未婚青年(均<22岁)中, 重复流产率为30.0%^[4]。提示青少年中重复流产也处在一个较高水平。可见, 人工流产问题已经成为一个不可忽视的医疗和社会问题, 应该引起相应的关注与重视。

收稿日期: 2006-05-20

作者简介: 蔡雅梅(1980-), 女, 洛阳市人, 中国医学科学院中国协和医科大学流行病与卫生统计硕士研究生, 主要研究方向为生殖健康。

2. 人工流产的原因剖析

人工流产因素复杂, 各个国家由于国情不同, 人工流产的具体原因也各有不同。但总的来说非意愿妊娠是妇女怀孕后选择人工流产的最主要的原因, 而造成非意愿妊娠的主要原因就是未采取避孕措施或避孕失败^[5]。在中国, 2001 年上海数据报道未避孕和避孕失败分别为 54% 和 44.3%^[6]。对未婚流产妇女的调查发现没有采取避孕措施是流产的最重要的原因 (占 78.6%)^[7]。分析未避孕的原因主要有侥幸心理、不知道避孕措施、怕麻烦、当时没有避孕药具等, 其中侥幸心理为主要原因。在人工流产妇女中, 上海市调查结果发现存有侥幸心理的占 77.4% (已婚为 86.0%, 未婚为 64.7%), 其次为“不懂避孕措施”为 14.4%, “怕麻烦”为 5.2%, “没有药具”为 1.3%^[8]。北京市资料分析排首位的原因也是“存在侥幸心理”, 占未采取避孕措施总数的 54.9%; 其他依次为“性交前无准备”、“不知道使用避孕方法”等^[9]。另一对未婚人工流产未避孕原因的分析, 73% 的人存有侥幸心理, 认为不会怀孕, 其次是“当时没有避孕药具”, “不好意思去获取避孕药具”等^[10]。而避孕失败的原因大多数的可以归为“使用失败”, 即, 因为避孕方法使用者没有能够正确地使用, 或者没有很好地坚持使用避孕措施 (譬如说, 不规律地使用避孕套, 忘记或延迟吃避孕药等)。

二、人工流产对社会和经济发展的影响

1. 人工流产对人力资源的影响

社会经济资源有物质、人力和生态环境, 这些资源中人力资源是经济发展的关键和主要动力, 是重要的生产要素, 人的健康与智慧对生产力的发展起着决定作用。人群健康水平的提高有利于延长劳动力的工作时间, 创造更多的社会财富, 促进社会和经济的发展^[11]。在 2002 年联合国制定的《千年发展目标 and 具体指标》的八个目标中有六个目标都直接涉及妇女的发展与生殖健康, 由此可见妇女作为一种人力资源, 在创造人类文明、推动社会发展中具有重要作用。人工流产特别是重复流产会不同程度地对妇女的身心产生不良影响, 影响着妇女的生殖健康水平。人工流产对生理方面的影响: 可能造成的术时并发症有人

流综合征、子宫穿孔、出血量多、流产不全等, 这些并发症轻者直接损害患者健康, 重者会造成意外死亡。可能的术后并发症有妊娠组织滞留、感染、月经失调、子宫颈及宫腔粘连、子宫内膜异位症等。另外, 发现人工流产后对再次妊娠孕早期的影响为先兆流产, 对中期妊娠的影响是前置胎盘, 对分娩期的影响为分娩期并发症如胎盘粘连、胎盘胎膜残留、产后出血。据统计, 人流术后不孕妇女占人流妇女的 5.3%, 在对 1400 例输卵管性不孕妇女的调查中发现, 有 42% 是在流产术后发生的^[12]。人工流产对心理方面的影响: 需要做人工流产的妇女, 多数怀着不安和恐惧到医院就诊的。无论初次还是多次人流, 总是引起患者的担心、恐惧、忧虑、紧张和躯体不适, 有时还会迁怒到性伴侣, 甚至影响夫妻感情。调查显示, 人工流产对 84% 的受术者产生不同程度的心理压力, 且未婚者心理障碍程度较已婚者严重^[13]。由于未婚怀孕妇女既害怕社会和公众的歧视, 担心家人和医生冷眼, 因此, 很多未婚人工流产者会到一些医疗条件极差的私人诊所, 还有些人甚至自己买药自行药物流产。术后又要担心是否会出现手术并发症或后遗症, 因此人流使未婚妇女承受了沉重的心理压力。在身心双重压力下, 不利于妇女自身的健康与学习、事业的发展, 而且可能会影响下一代, 尤其是青少年, 作为未来世界最重要的人力资源, 青少年的生殖健康问题直接关系到人口、经济和社会的可持续发展。

2. 人工流产对卫生事业发展的影响

我国是人口多、底子薄的发展中国家, 虽然国民经济以国内生产总值 (GDP) 平均 10% 左右的年增长率快速增长, 但可支配的资源总量仍然有限, 卫生事业所获得的资源投入无论从总量上还是从比例上都是很低的。自 20 世纪 90 年代以来, 发达国家卫生费用占国民生产总值的比例一般在 7% 以上, 个别发达国家, 如美国、加拿大及瑞典等超过 10%。而我国多少年来一直徘徊在 4% 左右, 仅相当于发达国家 50 年代初的水平。政府投入在卫生费用中所占比例又逐年减少: 70 年代末 80 年代初为 35%, 1990 年 25%, 1991 年 24%, 1995 年 17%, 2000 年 14.9%^[14]; 同时社会卫

生支出也在逐年下降, 1990 年为 44%, 1995 年为 32.7%, 2000 年为 24.5%。人工流产作为宫腔手术, 势必需要一定的卫生人力、费用、设施、装备、药品、知识和技术。中国的人工流产率仍然处于一个较高的水平, 终究需要消耗这部分的卫生资源, 因此, 有可能加剧卫生资源投入不协调、医疗卫生服务内部比例失调的矛盾。

3. 人工流产对人口平衡发展的影响

人工流产在中国之所以普遍, 不仅它是合法的, 而且曾经作为避孕失败的一种补救措施。在社会经济比较发达的城镇地区, 未婚人流在逐年上升, 出于对未婚人流的保密, 使得一些地方不需要做真实姓名的登记和有关询问就可以获得人流服务。这就造成人流引产在中国的易获性, 它不仅不利于提高育龄群众避孕节育的意识, 也为选择性别的人工流产大开了方便之门。在传统“男孩偏好”的社会性别意识的影响和国家政策限制的双重挤压下, 部分人口因不能或不愿多生、但又迫切想要生子, 因此选择了性别选择性人工流产的手段, 但这种手段会人为造成出生性别比的失衡。2000 年第五次全国人口普查资料显示, 我国的出生性别比已高达 119.9^[15]。出生性别比的升高被看作是人口发展的一种“生态失衡”, 因为性别比是人口发展的生物学基础, 人口的健康发展要以两性发展的平衡为基本前提。若出生性别比的异常偏离现象持续下去, 必损及人口系统在未来社会的良性运行, 带来一系列的社会问题, 如婚配失当问题, 人口拐卖问题, 以及就业结构失衡问题, 等等。它不仅无助于妇女社会地位的提高, 也无益于人类的文明和进步。

4. 人工流产对经济负担的影响

在我国, 一般性的人工流产术最基本的花费在 400~550 元之间, 若实施无痛人流流产, 则费用要贵一些, 需 600~1000 元, 一些医院要求病人住院观察, 费用会更高。这些还只是一般情况下的花费, 若出现并发症, 如子宫穿孔、妊娠组织滞留、感染、月经失调、子宫颈及宫腔粘连、子宫内膜异位症等, 花费就会增加几倍, 甚至是几十倍。再者, 人工流产作为一种宫腔手术, 势必需要一定时间的复原, 按

国家规定应休息二周, 以确保身体的完全康复。正常情况下, 这无疑会给个人经济收入带来影响。对于未婚青少年来讲, 由于其绝大多数为无收入群体, 这种经济负担会更重。总体来讲, 人工流产对家庭和个人造成了一定的经济负担。与此同时, 就 2002 年的相关资料表明, 单因人工流产导致的直接医疗费用达 30 多亿人民币, 如果再考虑到间接费用, 则数字将更可观, 这无疑给国家经济造成了很大的负担。

三、建议

美国普林斯顿大学的人口研究所有关避孕的成本/效应问题研究的结论是: (1) 对于有活跃性活动的妇女, 不避孕将会导致昂贵的费用支出, 也就是说, 避孕具有积极的成本/效应; (2) 采用任何一种避孕方法都优于不避孕; (3) 如果考虑避孕套对预防性传播疾病的作用, 则其成本/效应将更为积极。而目前的问题是尽管鼓励使用避孕措施是大多数国家的一项政策, 但不是所有的国家都能向计划生育服务机构提供必要的支持及分配必需的卫生资源。结果, 妇女不能获取相关的避孕知识或服务成为影响计划生育实施的一个重要障碍。我国计划生育部门提供的避孕节育优质服务主要针对的是已婚育龄人群, 而是否应向未婚年轻人提供和已婚妇女同等的避孕服务, 尚未见明确规定。有些地区计划生育工作者对此还持否定态度^[16]。由于避孕服务滞后于未婚年轻人的婚前性行为, 并且 20~24 岁年龄段人群正处于性活跃期, 在对避孕方法不知晓或所知甚少情况下, 很容易出现非意愿妊娠, 而行人工流产。另外, 一些国家中对已习惯提供人工流产服务的卫生机构来说, 很难将服务重点转到避孕措施的提供上来。因此, 首先要改变卫生服务人员的观念, 让他们认识到有效的避孕措施不仅可以大大降低人工流产率和重复流产率, 更重要的是可以减少不必要的人工流产并发症。其次, 国家应强调将计划生育和流产服务结合起来, 对每位流产后妇女发放避孕知识的宣传材料, 对每位流产后妇女面对面的指导、咨询, 并同时提供避孕药, 使流产后妇女所需药物随手可得, 提高避孕措施落实的实效性。这两种服务的融合将有利 (下转第 52 页)

综上所述,近代上海城市地价,在20世纪20年代末30年代初出现了大幅度的上涨,与此同时上海市工人阶层的工资却没有出现大幅度的增长,甚至有些行业还有所下降。地价以及随之而导致的高额房租已超过工人阶层工资正常承受的能力。为了应付高额的地价和房租,上海市工人阶层一方面不得不减少自己在衣服、食品等领域的消费以弥补高价的房租,导致工人的实际购买能力低下,不利于社会消费需求拉动经济发展。另一方面则压缩自己的居住空间,由原先一套住房变成几家人合住一套,导致工人阶层的生活质量下降。而这些反过来又影响了地产市场的正常发展,工人工资相对下降以及对自己居住空间的压缩,减少了对房屋的需求,房屋空置率提高,同时针对高额房租,社会减租运动风起云涌,社会矛盾开始激化,最终导致整个社会不满和敌对情绪高涨,不利于整个社会的和谐和稳定发展。

参考文献:

[1] 赵津. 中国城市房地产业史论(1840~1949) [M]. 天津: 南开大学出版社, 1994.

[2] 詹玉荣, 谢经荣. 中国土地价格及估价方法研究—民国时期地价研究 [M]. 北京: 北京农业大学出版社, 1994.

[3] 张辉. 上海市地价研究 [M]. 南京: 中正书局, 1935.

[4] 蔡正雅. 上海市工人生活程度 [J]. 上海市政府社会局, 1934. 李文海. 民国时期社会调查丛编(城市生活卷) [M]. 福州: 福建教育出版社, 2005.

[5] 蔡仲直. 中国经济年鉴(1936) [C]. 北京: 商务印书馆, 1936, 5~6.

[6] 蔡正雅. 上海市工人生活程度 [J]. 上海市政府社会局, 1934. 李文海. 民国时期社会调查丛编(城市生活卷) [M]. 福州: 福建教育出版社, 2005.

[7] 陆文达. 上海房地产志 [M]. 上海: 上海社会科学院出版社, 1999.

[8] 上海普益地产公司. 地产月刊 [J]. 胶卷第0597页. 上海图书馆近代史馆藏. [责任编辑 崔凤垣]

(上接第21页)

于流产妇女的生殖健康,减少再次暴露于非意愿妊娠、重复人工流产的风险。同时,以社区为基础向社区内的育龄妇女宣传避孕知识及人工流产的危害,使之了解更多的避孕知识和方法,知情选择自己最愿意采纳的、最适合自己的方法,提高育龄妇女的生殖健康水平;减少人工流产对社会和经济发展的影响。

参考文献:

[1] J. Khanna, P. F. A. Van Look, P. D. Griffin. challenges in Reproductive health research: Biennial Report 1992-1993. Geneva: World Health Organization, 1994.

[2] Henshaw SK, Singh S, Haas T. The Incidence of Abortion Worldwide. International Family Planning Perspectives, 1999, 25 (Supplement): S30-S38.

[3] 潘贵玉. 2001年全国计划生育/生殖健康调查分析报告集. 北京: 中国人口出版社, 2002, 10(6): 65-74.

[4] 程怡民, 康宝华等. 非意愿性行为影响因素的研究. 中国妇幼保健, 2000, 15(9): 358-360.

[5] Arora N. Mital S. Emergency contraception and prevention of induced abortion in India. Journal of family planning reproductive health care, 2005, 31(4): 294-296.

[6] 董传良, 吴愉等. 上海市户籍育龄妇女人工流产原因动态监测. 上海医学, 2000, 25(8): 451-454.

[7] 杨蓉. 城区青春期生殖健康教育现状初探. 中华医学丛刊杂志, 2002, 2(10): 102.

[8] 同[6].

[9] 肖燕军, 张友方. 北京市人工流产妇女婚育与避孕状况调查分析. 中国计划生育学杂志, 2000, 9(6): 252-255.

[10] 吴久玲, Oratai R, Suvajee G, et al. 北京市未婚人工流产女青年避孕知识、态度、行为的调查研究. 中华流行病学杂志, 2001, 22(32): 19-222.

[11] 龚幼龙. 社会医学. 北京: 人民卫生出版社, 2000.

[12] 王育华. 女性节育措施与心理卫生. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, (15): 14.

[13] 王谨. 初孕人工流产原因分析. 包头医学, 2000, 24(3): 17.

[14] 刘新明, 刘益清. 中国卫生年鉴. 北京: 人民卫生出版社, 2002.

[15] 段成荣. 透视出生性别比偏高现象. 人口研究, 2003, 27(5): 38-53.

[16] 同[7]. [责任编辑 王树新]