

计划生育对提高人口素质的作用效果分析^①

穆光宗

摘要 本文撷取“计划生育对人口素质的影响”这一重要的方面来揭示我国计划生育政策的执行效果问题。作者结合实际,主要探讨了计划生育对育龄妇女健康和生育质量的影响。通过分析得出了若干富有政策涵义的结论。

作者 穆光宗,男,1964年生,中国人民大学人口所副教授,人口学系人口理论教研室主任,在职博士研究生。

1 引言

我们知道,作为一项基本国策,“控制人口数量”和“提高人口素质”是我国人口政策不可偏废的两个方面。自80年代初以来,人口质量领域的研究也曾一度成为热点,但遗憾的是,在计划生育对国民素质的影响这一重要问题上全面、深入、系统的研究却长期付之阙如。我国的人口研究比较侧重计划生育的人口控制效应,譬如,在谈到我国计划生育成就时,我们常常征引二十年来因为计划生育少生了多少亿人的种种估计。这种研究无疑是必要的,但仅限于此,也就很难全面评价我国计划生育政策的执行效果。总之,“计划生育对国民素质的影响”是一个亟待深入研讨的很有价值的话题,无论是讨论计划生育的成就抑或不足,这都是不可忽视的一个重要方面,是我们全面评价和认识计划生育政策实施成效必须要做的一项工作。

2 计划生育对育龄妇女健康的影响

育龄妇女是国家计划生育活动直接的作用对象,也是落实家庭生育计划的主体和客体。毋庸讳言,广大的育龄妇女(特别是农村妇女)长期扮演着国策和民愿相冲突的直接承受者这样的社会角色。所以妇女的生育健康状况能较好地反映出计划生育对国民素质影响的正面和负面。

与此同时,我们还知道,保障和促进中国广大育龄妇女的生育健康是目前国际社会在人口、计划生育和公共卫生领域颇为推崇的一个新概念,近年来日臻完善。“生育健康”概念被国际社会的普遍接受给我们带来了极其重要的信号:计划生育在本质上并不是服从于人口计划的,并不是以少生多少人为终极目的的。计划生育的政府行为应当以实现和促进“生育健康”为自己的归依,进而两者的冲突也应当以改变计划生育的不当做法为唯一的协调办法。“生育健康”概念的提出迫使我们不得不去思考和讨论一个严肃的问题:这就是中国的计划生育到底是

^① 本报告系中国人民大学人口所承担的国家计生委科研项目《中国现行计划生育政策执行效果分析》的系列研究成果之一,课题负责人:邹沧萍教授。

促进还是损害了妇女的生育健康？

计划生育工作的深入发展给广大育龄妇女带来的一个福音是：在很大程度上摆脱了频繁生育和抚养多子女所带来的沉重负担，有利于她们的身心健康。在宏观上，我国育龄妇女的生育模式已开始从“早、密、多”向“晚、稀、少”转变，这种转变给广大育龄妇女的健康带来了十分有利的影响。越来越多的中国妇女开始从多生多育中得到解放，从昔日的“生育机器”变成了今天的“生育主人”。在推行计划生育之前的漫长历史岁月中，有许多中国妇女并不愿多生，但由于缺乏起码的避孕知识、节育措施以及生育选择，因而累受多生多育之苦，健康受损不说，而且根本谈不上有条件去发展自己，大多在“锅边转”中度过一生。实行计划生育后则全然不同，面对日趋多样化的避孕方法和优质服务，广大的育龄妇女在一定程度上降低了生育的风险及负担，并在真实的意义上享受到了中国女性生活在现时代的人生乐趣——拥有了更多的时间、精力和其它条件去健康身心、充实自我。总之，计划生育使广大的中国妇女有能力去控制生育，而不再被生育所使役。这是一个历史的进步。

自古以来，生育就是有风险，从怀孕到孩子出生这一过程中的种种问题都使育龄妇女的健康有可能受损，甚至面临死亡的风险。在怀孕和生育期间，妇女的生理要经历诸如妊娠、分娩、产褥、哺乳等变化，而在致病因素的作用下，生理变化容易转化为病理现象，其结果轻则影响健康，重则造成后遗症，甚至死亡。如生殖器炎症、子宫脱垂、生殖道瘘管等病均与产育有关。胎盘早剥、胎盘滞留和子宫破裂引起的大出血是产妇死亡的主要原因。⁽¹⁾抑或可以说，在生育问题上，育龄妇女成了潜在的(孕前)和现实的(孕后)脆弱人群。比诸发达国家和地区，欠发达国家和地区孕产妇的死亡率还较高，例如，南亚各国的孕产妇死亡率可高达 650/10 万。⁽²⁾孕产妇死亡率是衡量一国或一地区妇女健康状况和经济社会发展状况的一个重要指标。社会经济发展水平固然对孕产妇死亡有重要的影响，但与计划生育相伴相随的一些重要措施——如产前检查、围产期保健以及提高住院分娩率等——对降低孕产妇死亡率，提高育龄妇女的总体健康水平也有显著的直接的作用。1949 年，我国的孕产妇死亡率高达 1500/10 万；⁽³⁾到 1989 年，全国孕产妇死亡率降到 94/10 万；1992 年又进一步降到 66/10 万，成绩十分显著。⁽⁴⁾有关研究揭示，中国孕产妇的死因构成中，“产后出血”是主要的，而产后出血引起的死亡是可以通过产前检查和住院分娩来预防 and 治疗的。⁽⁵⁾显然，广义的计划生育——不仅仅指生育控制，而且包括孕前、中、后以及相关的生育服务——对降低我国的孕产妇死亡率，减少育龄妇女在生育期的死亡风险的确功不可没。

计划生育通过一系列可供选择的避孕节育措施帮助广大的育龄妇女避免了不必要的妊娠以及由此引起的人工流产，从而促进了她们的身心健康。事实上，在过去，不少中国妇女并不想要更多的孩子，只是因为缺乏避孕节育的知识和可以选择的节育措施而累受早育、多育和密育之苦。应当说，合乎情理的计划生育满足了广大育龄妇女避孕节育的心理需求。国家计生委于 1992 年 9 月到 10 月进行了一次全国计划生育管理系统首次调查(简称 38 万人口抽样调查)。调查结果表明，最近 5 年，我国已采取避孕措施的已婚育龄夫妇人数大幅度增加，从“节育率”来看，从 1985 年的 85.8% 上升到 1989 年的 88.11%，继而上升到 1993 年的 89.66%⁽⁶⁾；1992 年，中国已婚育龄夫妇的综合避孕率达 83.4%，比 1982 年提高了 13.7 个百分点。⁽⁷⁾目前，我国已初步形成一个种类较为齐全、方法多样、适合我国国情的避孕节育技术系列。有 40 多家生产避孕药具的工厂，年产 9 亿只避孕套、2200 万只宫内节育器、3 亿枚阴道杀精剂及避孕栓剂。我们还有一个正在逐步完善的县、乡、村三级服务网络和免费、有偿两个渠道供应避孕药具的机

构。⁽⁸⁾避孕节育的这些技术服务为保障和促进妇女的生育健康提供了物质条件。

一些研究也证实,我国计划生育的服务质量与服务范围亟需提高和扩大。譬如,因避孕措施失败而做人工流产的上海妇女中,由于计划生育服务不完善者占了79%。育龄妇女对计划生育服务人员的信任程度,生理卫生和人流知识的掌握程度,以及掌握好避孕方法的信心,对提高避孕续用率有明显的作用。事实却是,广大育龄夫妇,特别是新婚夫妇普遍缺乏必要的避孕知识,避孕知识的缺乏和对一些方法的误解是未婚和新婚人群中避孕率低的主要原因。特别值得关注的是,中国农村妇女避孕方法的选择余地很小,基本上是在生一孩前无措施,一孩后上环,二孩后结扎,使用其它方法的极少。⁽⁹⁾低避孕率和高风险率使不少中国育龄妇女的健康面临着被损害的危险。例如,“人工流产”是避孕失败后,终止妊娠的有效措施,妇女应该有权利选择是否生育、何时生育,而人工流产的实施则为妇女生殖权的实现提供了保障。但与此同时,人工流产对妇女健康也存在着威胁,避孕失败而不得不选择人工流产的妇女(特别是早孕妇女)通常承受着较大的心理压力,种种原因又常常使得多数术后妇女不能得到充分的休息,加之人工流产的技术因素,结果很可能导致术时及术后并发症。特别需要提出的是,婚前性行为导致未婚先孕及婚前人工流产已成为日渐突出的一个社会问题。据调查,上海未婚妇女有过性经历的比例达73.1%,有过人流的比例达24.5%。⁽¹⁰⁾另一项调查则证实了做人工流产的未婚女性中有低龄倾向,1992年,上海市1202例未婚女性人工流产的年龄构成中,低于22岁的占了70%⁽¹¹⁾。未婚而进行人工流产的年轻女性,多数负荷着较大的心理压力,也大多不敢休流产假(按国家规定,人工流产后休息15天),所以较易诱发人工流产后并发症。由此看来,对未婚女性进行科学的性知识教育,并提高未婚“脆弱人群”的避孕节育率已时不我待,应当纳入计划生育的服务对象范围中去。必须加强对生育健康的教育,向广大育龄人群提供可供广泛选择的安全、有效、价廉和可接受性好的避孕方法以及相应的咨询服务,降低避孕失败和副作用,将意外怀孕率控制在尽可能小的范围内,保障妇女的健康。

就计划生育和生育健康两者的关系而论,目前的共识是:生育健康是计划生育的重要目标。计划生育在国外之所以称“家庭计划”,就在于从家庭的角度看,计划生育的目的是使家庭规模按意愿计划发展,增强家庭成员特别是母婴的健康,实现家庭的幸福。而从世界卫生组织对“生育健康”的定义来看,计划生育实际上是生育健康的题中应有之义,例如,能够获得安全、有效、价格合理及可接受的节育方法,安全的人工流产,等等。从两者的联系看,虽然计划生育和生育健康目前在中国尚不能合二为一,互相替代;但计划生育应是有益于广大妇女的生育健康,应与育龄妇女对健康的强烈需求相一致,这一点可以说是确凿无疑的。事实上,随着时间的推移和工作的深入,广大育龄人群对计划生育服务的要求也更多更高了。毫无疑问,实现生育健康目标的提出有助于我们改进工作方法,提高工作质量——计划生育工作要坚持以宣传教育为主、避孕为主、经常性工作为主的方针,而不宜将人工流产作为计划生育的手段加以提倡;相反地,应努力搞好孕前服务,逐步减少人工流产,尤其要避免不安全的甚至有巨大风险的流产(如非法经营的人工流产术),切实保护和促进妇女的身心健康。可以料想,从计划生育到生育健康的转变,同时意味着计划生育中妇女地位由客体向主体的转变。这一转变是意义深长的,对妇女解放和健康状况的改善将有巨大的推动。

由于计划生育的大力推行,中国妇女的婚育行为开始从“早”向“晚”演进。提倡晚婚晚育、少生优生是我国计划生育政策的题中应有之义。晚婚(23周岁)晚育(24周岁)在一定条件下有利于母婴健康,譬如,大量的医学统计得出一个“大数定律”,25—29岁为女性最佳生育年龄。

提倡适度的晚婚和晚育对女性的健康及其发展是很有好处的。我国计划生育的深入开展使女性平均初婚年龄和晚婚率有所提高,早婚率则有所下降。据《中国计划生育年鉴·1994年卷》提供的数据,从1989年至1993年这5个年份中,平均初婚年龄是逐步上升的,依次为22.08岁,22.12岁,22.32岁,22.53岁,22.67岁。早婚率1985年为21.41%,1986年21.21%,1987年19.98%,1988年18.81%^[12],1992年进一步降至12.9%;晚婚率则有所上升,1985年为24.01%,1986年26.88%,1987年为30.07%,1988年31.62%。^[14]

实践证明,除了“三为主”以外,计划生育“三结合”的做法也有助于保障妇女的健康。“三结合”的主旨是通过“帮富”和“提供优质服务”等利益导向的措施转变群众的生育观念,更好地落实人口计划。由于这种做法建立在更为坚实的道德基础和群众基础之上,所以在实践中颇受群众欢迎,从而即使计划生育的推行赢得了社会心理的支持,也使广大育龄妇女在接受计划生育时心情更加舒畅,总之,有利于她们的心理健康。譬如,江苏省盐城市少生快富文明工程的实施就已经对妇女的身心健康产生了积极的影响,特别是生了女孩的妇女,过去备受歧视,进入少生快富合作社和结对帮富之后,由于对她们实施了优先、优惠、优酬、特殊照顾等措施,其经济社会地位和家庭地位均明显改善,从而感到从没有过的骄傲和自豪。盐城市对130位过去受压抑的生过独女和二女的妇女情况的调查发现:因参加少生快富合作社使他们压抑的心理有所好转的占22%,基本消失的占46%,扬眉吐气的占30%。另一项不完全的统计还表明,盐城市因计划生育干群发生争执,纠纷等事件的发生率,也比少生快富工程实施前减少了79.8%^[15]。计划生育因为搞“三结合”而形成的良好的社会心理氛围对育龄人群的身心健康无疑有着虽间间接却是重要的正面影响。其实,在计划生育深入人心并普遍受到群众拥护的地方,计划生育对妇女健康的影响大多是非常积极的。

毋庸讳言,由于人口控制机制中的利益导向机制还过于微弱,所以实际工作中不能很好体现生育健康要求甚至与之相悖的简单化做法还远未绝迹。我们知道,人口计划在各地的落实往往缺乏足够的弹性,对计划外怀孕的严厉处罚使一些妇女的身心健康受到威胁。如大月份引产及其它中止妊娠的办法对计划外怀孕的育龄妇女的身心健康都可能带来较大的危害性。虽然缺乏全面的有说服力的调查数据和精确的统计,但从我们耳闻目睹可以观察到的一些事实来看,这些情况在一些地区是严重的,说明有违于初衷的计划生育偏差行为急待纠正。根据中国人民大学人口系于1995年7—8月份在全国10个省12个村对300名左右育龄妇女的随机调查,由于计划生育带来健康损害的比例达10%左右,而其中主要也是因为计划生育技术服务不过硬带来后遗症所致;但地区差别较大,如山东的临朐县某村健康受损率高达56%,而烟台地区某村则无一例健康因计划生育受损事件。因计划生育带来的健康受损率反映出—个地区计划生育工作的真实绩效,而在宏观层面,这与—地经济社会的发展水平也甚有关系。

近年来,中央开始三令五申强调反对“强迫命令”。但只要以“数”为目标导向的工作机制不变,那么严格控制人口增长的要求就难免要以牺牲—部分中国妇女的健康为代价,这在法制不完备、干部素质差而工作方法又失之简单粗暴的广大农村地区在目前似乎是一个必然。干群关系恶化的契机往往是妇女健康的受损。这虽非我们的初衷,但实际工作中的走样却常常使我们的行为和崇高的目标相背离。这是一个复杂的话题,但问题的症结恐怕就在计生工作体制上。有些学者提出要从对“数”的关注转到对“人”的关心上来,这无疑是对的^[16];有些学者的提法则更为具体——计划生育工作需要逐步做到以妇女为中心,以服务为重点,以群众为依靠,以社区为基础。^[17]计划生育到底该为谁负责?是对上负责还是对群众负责?两个“负责”有时是矛

盾的,但并非总是如此。既要对上负责,更要对群众负责,这是现实的态度。计划生育工作应在“未雨绸缪”及“利益导向”上多下功夫、多做文章,如“三为主”和“三结合”的做法,“优质服务”的做法等等;与此同时,事后的跟补措施也应建立在合情合理的基础上,始终将我们的工作建筑在不可或缺的道义基础和群众基础之上。

3 计划生育对生育质量的影响

无论是在宏观上还是在微观上,计划生育对生育质量的影响恐怕都是积极且显著的,这里所说“生育质量”是综合反映优生优育状况的一个概念。总括来看,计划生育对生育质量的正面影响或许可以从三方面来看:其一,“少生”这一结果本身对下一代的优生优育具有一定的正面作用;其二,优生优育措施的落实有力地促进了优生优育事实的形成和扩充;其三,母亲一代在健康状况和受教育状况两方面的素质改善对下一代的生育质量具有强有力的提升作用。

一般来说,生育胎次越多,妇女生育年龄越大,生育风险也就越大,生育质量也就越有可能受到不利影响。在这个意义上,“少生”与“优生”的确可以说有某种关联。但两者的关系不是直接的,而是较为复杂,内在的机制到底如何尚需深入细致的研究加以揭示。不过“少生”并非“优生”的充分条件是可以断言的;换言之,两者恐非必然的因果联系,着眼于微观层面的考察尤为如此。当然,作为一种“大数定律”,少生有利于优生的结论大致还是可以接受的。这里,少生可视为优生的一个有利条件,但不一定是必要的,更不是充分的。但可以断言,计划生育对于生育质量的促进作用肯定是存在的。

其实,在大多数情形下,“少生”是在结合了其它条件之后才促成了“优生”乃至“优育”这样的事实。世界卫生组织等7家国际机构曾于1987年10月初在肯尼亚首都内罗毕联合召开“通过计划生育使妇女和儿童更健康”的国际会议,联合国儿童基金会执行主任格兰特在会上肯定了中国利用一些适宜技术,如扩大计划免疫、口服补液、母乳喂养等措施降低婴儿死亡率、改善儿童健康的经验^[18]。的确,中国为改善婴幼儿的健康状况付出了巨大的积极努力,建国以来,中国对优生优育工作十分重视,先后制定了一系列的方针政策并采取多样化的优生优育措施来保护儿童的健康。优生工作主要是从80年代初恢复和加强的^[19]。计划生育与优生优育工作开展的并驾齐驱,对我国的生育质量和国民素质的改善是一个有力的促进。中国政府在婚前保健、优生咨询、围产保健、产前诊断以及禁止近亲结婚等诸多方面做了大量工作。通过各种途径向广大妇女普及避孕节育、优生优育、妇幼保健方面的科学知识;积极推动遗传病咨询、母婴保健、新生儿筛查技术工作;努力提高孕产妇保健覆盖率。健康教育覆盖率和住院分娩率,还有新法接生率;普及儿童计划免疫知识;努力消除因孕期及哺乳缺碘所导致的儿童智力损害,等等。凡此种种的举措降低了婴儿死亡率和先天性病残儿发生率,从而在一定程度上提高了生育质量。

国际经验表明,计划生育对提高婴儿存活率颇有助益——如果夫妇能间隔生育、限制生育数量,避免过早或过晚怀孕,就能显著提高孩子的存活率。据美国人口危机委员会的估计,如果所有生育都至少间隔2年,那么欠发达国家和地区每5名死亡的婴儿中就有一个可以避免死亡,总量可达每年300至500万^[20]。显然,中国的计划生育方案对降低婴儿死亡率发挥了积极的作用,1980—1985年,中国的婴儿死亡率为39%,低于另一人口大国印度71个百分点,比亚太地区的平均水平也低43个百分点^[21]。1992年,全国15个省、市86个县的婴儿死亡率为23.0%,比诸80年代前期有明显下降^[22]。1991年,中国5岁以下女童死亡率是37%,也明显低于一般的欠发达国家,如印度5岁以下女童死亡率是125%,菲律宾为53%,印度尼西亚为

102%⁽²³⁾。这些都在一定程度上反映了计划生育对生育质量的正面效应。

一项颇有价值的追踪研究曾发现一个可以有力支持上述论点的事实,这就是在大力开展计划生育和优生优育工作的同时,我国出生人口的缺陷发生率呈现出可喜的下降趋势。国家计生委政策法规司组织进行的“中国农村地区出生缺陷监测课题”研究工作,自1986年起,在18个省、自治区、直辖市的24个试点县开展了为期5年的出生缺陷监测工作。根据对其中11个监测点共16.73万人的数据分析,出生缺陷发生率为6.98%,男、女婴无显著差异。监测期间的出生缺陷发生率呈下降趋势,从1986年的9.14%逐年下降至1990年的6.77%。细致的分析发现:出生缺陷的发生与夫妻双方年龄,产妇的文化程度、孕次、产次和胎数等因素密切相关。夫妻双方的男方婚育年龄小于等于10岁或大于等于35岁,或者女方年龄大于30岁,那么新生儿的缺陷发生率就较高,这说明计划生育所倡导的“适龄生育”和“优生时机的选择”对提高生育质量的确很有作用。另外还发现:产妇文化程度越低,缺陷发生率越高,这显然与育龄妇女不能用科学的优生优育知识规范自己在怀孕和生育期间的行为有关,而计划生育所大力倡导的各种优生优育措施无疑通过改善孕产妇相关的知识背景而有效地减少了有害于妊娠和分娩的各种风险行为。下面的发现则几乎直接印证了“少生”有利于“优生”的论点,调查发现:产妇的怀孕次数从1次上升到2次时,缺陷发生率就从6%上升到12%;分娩次数从1次上升到3次时,缺陷发生率则从6%上升到15%,而当分娩次数上升到4次时,缺陷发生率可猛增到49%;胎数为单胎或多胎时,发生率分别为6.79%和17.98%⁽²⁴⁾。

无数事例证明,母亲的健康状况直接影响胎儿的发育和分娩,而母亲的受教育状况以及所具备的优生优育的知识背景对下一代的优生优育更有重要影响——有人说得好“培养一个男孩只是培养了一个人,而培养一个女孩,则关系到一个民族”。改善母亲素质是提高生育质量继而对宏观人口质量产生积极影响最切实可行的措施。我国的计划生育通过富有成效的优生优育知识的传播,改善了母亲一代的素质,从而有力促进了“优生优育”目标的实现,这该是无异议的。

应当指出,人口数量的控制与人口质量的提高并不存在直接的、线性的和必然的联系。在宏观上,这两者的关系恐怕是比较微弱的——只有在一定的假设条件下,两者才存在某种微弱的联系。或许可以说,计划生育的宏观效应之一是可能对国民素质的提高有某种程度的贡献。但宏观的作用机制是微弱的,而且较为复杂。遗憾的是,目前在这方面的研究还远不够深透,我们的认识还是模糊的,肤浅的。比较而言,在微观上,两者可能存在着更为清晰和紧密的联系。如前述,“少生”在很多情形下均有利于“优生”,进一步地,也可为“优生优育”创造有利条件。一般而言,在可支配的家庭资源既定的条件下,“少生”会使家庭资源的配置更加有利于孩子的成长。这里的家庭资源,既指经济资源,如收入等,也指非经济资源,如父母的时间和精力等。有关独生子女素质发展的研究似乎证明了这一点。虽然目前关于独生子女素质发展失衡现象已引起普遍关注和讨论,但独生子女单项素质特别是智力素质的优异发展正日渐达成共识。这无疑与家庭人力资本投资的集中有关。当然投资的增长并不必然意味着投资收益的同步增长。这其中还有投资方式的合理选择问题。

4 结论

本文的分析表明,计划生育对国民素质的影响是重要的,也是复杂的,仅从本文撷取的两个方面来看,无论是计划生育对育龄妇女健康的影响还是对生育质量的影响,都既存在着大量显著的积极的正面影响,同时也不可避免地存在着若干值得引起注意的负面影响——当然这

些影响的产生并非计划生育本身所导致的,而是某些具体的不当做法或者说计划生育工作机制尚不完善所带来的。

综合上述,本文的结论可概要如下:

4.1 保障和促进广大育龄妇女的“生育健康”是中国国家计划生育的题中应有之义,国家计划生育这种政府行为应当以实现和促进“生育健康”为自己的归依。

4.2 自从70年代初我国大力推行国家计划生育以来,我国育龄妇女的生育模式已开始从“早、密、多”向“晚、稀、少”转变,这种宏观的转变虽然不可避免地存在一定的地区差别,但不能否认这种转变给育龄妇女的健康带来了越来越显著的有利影响。越来越多的新一代中国妇女开始摆脱多生多育的负担,从昔日的“生育机器”变成了今天的“生育主人”,这有利于妇女的身心健康以及妇女地位的提高。

4.3 众所周知,不论社会经济发展水平如何,生育本质上都是一种风险行为——区别的只是风险的大小而已,这样育龄妇女在生育活动中实际上就成了潜在的(孕前)和现实的(孕后)脆弱人群。而我国的计划生育通过一系列的综合措施恰恰在较大程度上降低了广大育龄妇女的生育风险,或者说减少了她们“风险生育”的概率。譬如,我国孕产妇死亡率的显著下降与计划生育广泛、深入的开展就甚有关系。

4.4 我国的计划生育还通过一系列预防性措施——提供多样化的可供选择的避孕节育措施——帮助广大的育龄妇女避免了不必要的妊娠以及由此引起的人工流产,从而促进了她们的身心健康。

4.5 但我国计划生育的服务内容、服务对象还有待拓展,服务质量也有待提高。目前,在未婚及已婚妇女中,避孕知识的缺乏是一个普遍现象,这些人群避孕率低、意外怀孕率高、不利其身心健康。譬如,意外怀孕后的人工流产常常给年轻妇女的健康带来损害。

4.6 目前,我国农村育龄妇女避孕方法的选择余地还较小,但随着“生育健康”概念的深入人心,广大育龄人群对计划生育服务的要求必将更多更高。从未来的发展看,不宜将人工流产作为计划生育的手段加以提倡;相反地,应努力搞好孕前服务,提高并巩固避孕节育率,逐步减少人工流产,特别要避免不安全的甚至有巨大风险的流产(如大月份引产的做法以及非法经营缺乏技术保障的人工流产术),以确保妇女的身心健康。

4.7 在计划生育深入人心并受到群众普遍欢迎和拥护的地方,计划生育对妇女健康的影响大多是非常积极的。譬如,计划生育“三结合”的成功实践所形成的良好的社会心理氛围对育龄妇女的身心健康有着良好作用。

4.8 因计划生育而带来的育龄妇女的健康受损率反映了一个地区计划生育工作的真实绩效。换言之,从生育健康的角度考察计划生育工作的绩效不仅是必要的,而且将日趋重要。

4.9 总括来看,计划生育对生育质量的正面影响无论是宏观还是微观,都是积极且显著的。主要表现在:其一,“少生”这一结果本身对下一代的优生优育具有一定的正面作用;其二,优生优育措施的落实有力地促进了优生优育事实的形成和扩充;其三,母亲一代在健康状况和受教育状况两方面的素质改善对下一代的生育质量具有强有力的提升作用。

由于以往这方面的研究既不系统又极为有限,所以本研究也还是粗线的。事实上,计划生育对国民素质的影响是相当复杂且深广的,继续这方面的研究显然非常必要。

(参考文献见第33页)

任制,严格依据有关法律、法规办理结婚登记手续。如果男女双方靠弄虚作假骗取了结婚证明,将来被发现揭露早婚事实或已构成计划外怀孕、生育的,要在追究公安、民政部门领导责任的同时,还要对经办人进行严肃的处理,调离原工作岗位。

——严格生育审批手续,确保生育证发放质量。村、乡、县三级计划生育部门对于申请生育对象逐级上报审批前,要预先进行层层调查摸底,查验有无作弊行为,同时,乡、县审批生育指标时必须依照程序由计划生育领导小组研究决定,有的放矢,保证发放的生育证全部合格。对于发现查实的计划外怀孕、生

育,不仅要追究基层计生部门领导的责任,尤其要追究经办人的责任,且务必处理到位。

——严格执行条例、法规,加大处罚力度。对于查实的早婚或计划外生育对象,不论是一般群众,还是党员干部,必须依照有关政策从重处罚并及时到位,增强威慑力,达到“处理一件、教育一片”的目的。

——改善落实村、乡计生工作人员的政治、福利待遇,增强自身荣誉感。要通过建立一系列的工作奖惩制度,并认真抓好落实,激发和调动计生人员的工作责任感和积极性,报实情,说实话。这样,计划生育工作的真实度就会有一个明显的提高。

(上接第 19 页) 参考文献

- 1 谭琳·李新建·妇女与持续发展·1995年版·天津:天津科技出版社,1995年,第124页。
- 2 谭琳·计划生育与妇女健康·人口研究,1994年,第6期:第29页。
- 3 新中国预防医学编委会编·新中国预防医学历史经验·北京:人民卫生出版社,1990年,第四卷第59页。
- 4 全国卫生统计年报资料·1992年版·北京:人民卫生出版社,1992年,第430页。
- 5 张津·中国妇女的现状·北京:红旗出版社·1995年版,第106—109页。
- 6 中国计划生育年鉴编辑委员会·中国计划生育年鉴·1986年卷·1990年卷及1994年卷·北京:中国计划生育年鉴编辑部出版。
- 7 江流·1993—1994年中国:社会形势分析与预测·北京:中国社会科学出版社·1994年,第84页。
- 8 同6。
- 9 涂平等·中国生育健康社会科学研究的回顾与展望——生殖健康社会科学国际研讨会综述·中国人口科学·1995年,第2期。
- 10 吴探春等·上海未婚妇女性经历、妊娠、人工流产情况调查·中国公共卫生,1990年,第6期。
- 11 郑尔柳·上海市1202例未婚女青年人工流产情况调查报告·人口信息·1992年,第4期。
- 12 陈卫民·妇女发展与初婚年龄·妇女与持续发展·天津:天津科技出版社,1995年版,第114页。
- 13 同6,1994年,第53页。
- 14 同6。
- 15 国家计生委政策法规司编·少生快富幸福之路·(1993年12月内部版),第28、29页。
- 16 穆光宗·第二次中国生育率下降过程中的新人口问题及对策学术讨论会综述·人口研究,1995年,第5期:第56页。
- 17 人口研究编辑部·人口与发展论坛·人口研究,1995年,第3期:第48页。
- 18 中国卫生年鉴编辑委员会编·中国卫生年鉴·1988·北京:人民卫生出版社,1989年版,第344页。
- 19 中国计划生育年鉴编集委员会·中国计划生育年鉴·1986·北京:中国计划生育年鉴编辑部出版,第286、289页。
- 20 联合国人口基金出版物·1991年世界人口状况·美国:美国纽约诺顿出版社,1992年。
- 21 中国人口情报研究中心译·亚洲和太平洋地区人口形势,人口政策和人口规划·北京:中国人口情报研究中心印制,1991年,第15页。
- 22 中国卫生统计摘要·1992·北京:中国统计出版社,1993年,第64页。
- 23 1993年世界发展报告,北京:中国财经出版社,1993年,第300页。
- 24 同6·1994年第69、70页。