



家庭計劃通訊

透過社區和商店分發避孕器材——檢討與評價

編者的話：不論處於全國、全省或者一縣、一鄉鎮的家庭計畫推行者的立場，大家都負責面臨著眾多的民衆與家戶，有的更是僻遠遼闊的山區。為了提供便利的避孕服務，第一線的家庭計畫工作人員，也打破門診的被動，以家庭訪視提供主動的服務。有心做得更好的人，難免有人力不足的感嘆。有限的人力能否藉用適合當地環境需要及比較靈活的分發制度做為輔助，本文提供一些有關國家突破門診的實行方式及結果，其結論為門診內外推行計畫相互協調與支持，才能達到最大的供應。而其中值得注意的是，在服務的質方面，門診外分發方式在接受率、繼續使用率和實行率的表現上比門診分發更有效果，而且能接觸門診不易接近的對象。原文是1978年3月華威頓大學醫學中心出版之人口報告，由中華民國家庭計畫國際訓練中心蔡榮福主任摘譯成，原作者包括哥倫比亞大學人口及家庭衛生中心的 James R. Foreit, MPH, 及 Martin E. Gorosh Dr. P. H. 等多人不備載。

前 言

在門診外分發避孕器材，最近幾年來，不但在量方面，在項目上都有長足的成長。本文旨在介紹這些分發方式，檢討其成效，並將有關的若干問題提出來討論。

1960年代早期，開發中國家的家庭計畫，莫不仿效西方國家，以門診為分發避孕器材的基點。這種以醫師為中心的設備，多半設在市區，對於住在農村偏遠地區的多數民衆，無法提供服務，而且在醫療人員和設備方面，也頗感缺乏。

為了加強門診分發的方式，便有人倡議使用巡迴醫療車、推廣人員、社區供應站等。這些創見固然提高了門診分發制度的效能，本質上還是門診的延伸，仍然是醫療人員等候病患上門的基本形態。

因為這些方式處處受到門診的牽制，在擴展上頗有困難，有一大部分的民衆還是得不到服務。

為了擴展家庭計畫的服務，1970年代初期，創辦了許多分發制度。這些制度和傳統的分發方式有很多不同的地方，包括：

- 使用非醫護人員或護產人員來提供服務；
- 不做一向認為有必要的檢查和記錄（如：口服避孕藥的陰道檢查）；
- 在門診以外的場所提供服務。

這些制度採用各種途徑，務使家庭計畫的服務與避孕器材（通常是口服避孕藥和保險套），能在社區中就近獲得。這些制度也都設法使社區的居民，成為分發系統中的一部分。

門診外分發制度的產生，主要是為了滿足住在農村和城市貧民區多數民衆的需要。訓練有素的醫護人員分配不均，醫療設備欠缺等原因，限制了許多基本公共衛生服務的擴展。用以改進這些缺點，使門診能遍及全國，需費龐大，使許多國家的衛生單位望而却步。

門診外分發制度不但能減低服務的成本，更能減除病患在門診中可能遭遇的困擾，例如：距離、金錢、心理上的困擾（如害羞），行政上的問題（如：排隊等候，各種規定等），和避孕方法的無知等。這些制度基本上的假設便是：民衆對家庭計畫都感覺需要，如果能提供服務給他們，他們就會利用。

種類：

門診外分發制度有許多不同類型，如：以社區為基點，以村里為基點的方式，挨家分發的方式，零售的方式，商業化的分發，公共市場的方式，淹沒式，飽和式等。因為當地文化、地形、及現有家庭計畫等的不同，實際上無法把這些方式歸納成類。再說，每一種方式，在內容上也多少有重複的地方。不過，為了討論方便，姑且把這些方式大分為：以社區為基點的制度，和商業化的分發制度；前者又可再分為村里和家戶分發方式。

以社區為基點的分發制度 (Community-based Distribution, CBD)

每一個國家的農村社區都不同。甚至，同一個國家不同區域的農村社區也不一樣。因此「以社區為基點」的分發制度也就各形各色。有些地方透過現有的社區組織（如：工會等），有些地方則利用社區中的成員組成一個分發系統。在規模上，有的是全國性的，接受者多達數萬人；有些是小型的試驗計畫，參加人員不過數百。

初期的制度大致上只有「為民服務」一個宗旨，最近的計畫以實驗性的較多。實驗所要探討的項目包括：

- 分發人員的身分
- 器材補充的方式
- 訓練計畫
- 輔導制度
- 收費情形（免費或收費；或初期免費以後收費）

- 服務內容與器材種類（避孕方法種類、醫療和防疫的服務，各種社區發展計畫）
- 報酬（志願工作者、給薪、按件計酬，或綜合式）

表一列舉若干分發方式。一般說來，這些計畫為時不久，因此在評價上還有困難。有些計畫相當詳盡，評價的方法也非常考究；有些計畫不過在實驗這種方式在當地是否可行。不過這些計畫在基本上仍有若干共同點：

• 準備期：這是計畫最重要的一部分。所有的計畫莫不打算把分發制度深植在社區中，使之成為社區生活的一部分。若想在社區中生根，就必須取得地方領袖的支持與合作，另一方面也必須配合醫護與家庭計畫人員。

• 分發人員的選擇與訓練：請地方人士協助選擇地方上適當的人代理分發工作。雖然分發人員多數是婦女，並不表示只有婦女才能勝任。分發人員多少得識字，以便於簡單的記錄。分發人員在地方上要有足夠的地位，才有人肯向他們求助。訓練時間多半很短，但非常緊湊。內容包括：分發方式、服務項目和避孕器材的種類，必要時如何把病患轉送門診，簡單的報表等。

• 供應和轉送地點：發給每一分發人員適當量的避孕器材，以便轉發。分發時必須填寫簡單的報表。有副作用時，或避孕方法較為複雜時，向衛生所轉送個案。

• 輔導：由專業人員輔導。輔導的程度因計畫而有相當的出入。

家戶分發的方式和以村里為基點的方式有一個很大的差異。家戶分發多半以有系統的地氈式的方式，挨家挨戶分發避孕器材。這種方式，還有下面兩個特點：

• 製作分發地區地圖：製作簡單的地圖，將之分成地段，每一分發人員負責一個地段。

• 挨家分發：分發人員訪視地段內的每一家戶，並向每一對符合條件的夫婦提供服務。條件則因計畫而不同。有些計畫事後還有追蹤訪視；有些只做一次訪視。

商業化分發 (Commercial Distribution)

在開發中國家，到處都有小型的零售商店，把商品從城市向鄉下輾轉販賣。這些零售商店多半出

售香烟、罐頭食物、簡單成藥等，但甚少提供基本的醫療服務和家庭計畫。

商業化分發的特點便是充分利用這些零售網。如此一來，避孕器材的分佈便極為廣泛。零售商的開辦費和避孕器材的經費多半由國際機構或當地政府負擔，藉以保證零售商的合理利潤，同時避孕器材的售價也可以低廉。售價的一部分收回以支付計畫上的一部分開支。

商業化分發制度有下列特點：

• 市場調查：開辦之初，僱用當地的市場調查機構，調查商品的品名和包裝方式是否能為當地人所接受，宣傳的適當方法如何等。同時訪問零售商和消費者，以便決定商品的適當價格。

• 選擇批發商：多半選擇現成的批發商，利用其現有的批發網，隨着商品同時分發避孕器材。有些地方，如孟加拉，認為另創批發網，效果更佳。批發方式決定後，便得教育批發商，使其能轉而教育他們的零售商，並回答問題。

• 零售商：除了藥房之外，還有香烟攤、雜貨店、飲食店、合作社、攤販等。因為避孕器材對零售商而言是一種新的產品，初期需要對他們加以教育，在零售商和消費者間建立商品的標認方式，完成一套供應的系統。這時期，尤其要利用各種大眾

傳播工具，大做宣傳。這類分發制度的特點便是：從一向只推行家庭計畫的工作轉移到除推行家庭計畫外，並且鼓勵購買某一特定產品。

• 維護：不像其他的商品，避孕器材如果缺貨，就沒有其他廠牌的貨來代替，因此如何使避孕器材的供應不致中斷，非常重要。同時更要不時做宣傳，用以刺激需要。尤其隨時參攷銷售情形，如果某一地區的銷售量減少，或可考慮加強宣傳，以提高銷售量。

最近幾年來，商業化分發方式增加不少。雖然在數量上不比其他的門診外分發方式普遍，但就所涵蓋的人口言，比一般的以社區為基點的方式要多出許多。到目前為止，這類制度所販賣的避孕器材仍以口服避孕藥或保險套為主，有人甚至考慮增加其他避孕方法或其他藥品。

使用自動販賣機或以郵購的方式銷售避孕器材，也有人加以研究。已開發國家使用自動販賣機出售避孕器材或其他產品為時頗久；開發中國家在這一方面的經驗不多。這一類實驗計畫多半把自動販賣機放在咖啡廳、戲院、工廠、酒吧、公共汽車站、商店等場所。郵購在西方國家相當普遍，在開發中國家因為識字率不高，郵政系統不十分完整，其可行性頗值得懷疑。

現 況

表一列舉若干計畫，以供參攷。截至目前為止，全世界共有83種不同計畫正在進行。其中多數創行於1974年以後。有三分之一左右的計畫，由政府

機構推行；其餘則由民間團體負責。計畫多數在亞洲與拉丁美洲；非洲在這一方面，仍然落後許多。

表一 各種分發制度推行情形 (1962—1978)

地 區	內 容	評 價	項 目	結 果
孟 加 拉	(1974—) 全國性，利用零售商、自動販賣機等。	報表分析、使用率調查、定期抽查	口服藥 保險套	每月約保險套1百40萬個；口服藥8萬5千包，共有3萬2千零售商，接受者約佔全國接受者19%。
印 度	(1968—) 耐樂牌保險套	銷售報表	保險套	每年分發9億4千8百萬個。
印 尼	(1970—) 集中在瓜哇及巴里，有七千名工作人員，二萬個村里分發站。	個案卡、定期調查	保險套 口服藥	據估計27.4%的已婚者正使用方法，出生率由1968年的41%降到1977年的20%。

韓國	(1974—75) 與東西文化中心合作在偉龍郡試驗三種方式： (1)帶薪的工作人員挨家分發； (2)婦女志願者每人分發十戶； (3)會中分發；人口數21,000人；每次分發三包口服藥或30個保險套，亦可發介紹單裝置樂普。	接受人數 計畫實施 前、後調 查	保險套 口服藥 介紹單裝 置樂普	四個月後實行率由31%增至38%，三種方式間差異不大；第一種方式較容易執行。
韓國	(1976—) 在濟州島挨家由女性志願者分發三包口服藥或30個保險套，並可發介紹單免費裝置樂普或結紮手術；人口約40萬，對照群人口有15萬。有村里供應站供應器材。	接受人數 前、後調 查生育力 調查	保險套 口服藥 介紹單裝 置樂普	1975年的實行率約26%；1977年已升至54%。
菲律賓	(1977)保險套的市場調查；在五個地區試驗五種方式；每區有一萬戶；控制區亦一萬戶。	計畫前、 後調查	保險套	已完成預試
中華民國 臺灣地區	(1974—) 行政院衛生署與農復會合作試驗兩種方式：(1)訪視在過去十二個月內生產的婦女；(2)訪視每一戶。每一方式約針對50萬人口，初訪時免費分發口服藥或保險套。	兩種方式 互相比較 ，更與控 制組比較 ，檢討成 本與效益	保險套 口服藥 介紹單	實驗組的實行率，由47.8%增至60%，控制組由47.2%增至57.2%，實驗地區的結紮接受率增加很多。
泰國	(1977—) 各種分發方式的效益研究：免費與收費的比較；只分發避孕器材與同時分發避孕器材和簡單藥品（如驅蟲藥）的比較；人口約五百六十萬。	記錄表格 各種調查	口服藥 保險套 介紹單 簡單藥品	初步調查完成，1978年4月開始第一次評價。
哥倫比亞	(1977—) 利用零售商店、藥房、超級市場、合作社等；僱用六名推銷員。	銷售量和 定期報表	保險套 口服藥 海棉 安全素片 安全藥膏	1977年時共有1,500處供應站，共售出： 保險套4百30萬個，口服藥1百20萬包，海棉2萬個，安全素片9千個，安全藥膏4萬4千支。

註：原表共列舉83種計畫，譯表僅擇其重要者，餘從略。

問題

這類分發制度的功效，可以從下面這些不同角度加以評價：

- 能否將避孕器材廉價大量供應？
- 能否提高避孕率？
- 能否降低生育率？
- 成本效益上能否平衡？
- 能否在其他地方推行？

以下就這些問題，逐項略加說明。

供應情形：

任何一種制度必須能做到在地理上、經濟上、行政上和心理上，使家庭計畫的服務達到方便與普遍性的程度。

地理因素：地理上的普遍性，可受到供應站的數量與地點，與人口的比例，個案往返時間等因素的影響。

例如，泰國的經驗顯示，實驗區的居民花在取藥上的交通時間，比非實驗區的居民要少得很多。菲律賓1973年的評價研究指出：住在離家庭計畫門診一公里以內的居民，其避孕率是26%；二至三公里者為21%；四至五公里者為15%；八公里以上者為10%。

門診外分發制度增加了避孕器材的供應場所。在巴西的北大河州，社區分發計畫在該州的一百五十個城鎮，建立了六百多供應站，每一鄉鎮都有設立。在計畫前，該州只有十一個門診。印度的耐樂(Nirodh)保險套計畫，有二十多萬商店參加。哥倫比亞的家庭計畫協會，在原有的門診外，增加了一千六百多個供應站。地點式的挨家分發制度多半能訪視到有偶婦女的80%至100%。無疑的，這類分發制度確能在地理上擴大了分發網，增加了更多的供應場所。

經濟因素：能免費或以低廉的價格，獲得所需要的避孕方法，使得有需要的民眾，不致因經濟上的理由而被拒絕，也是一個很重要的因素。多數計畫是免費提供保險套和口服藥。

商業化的分發制度則以一般大眾可能接受的低廉價格提供服務。理由是：可以收回一部分成本；又可以支付店主或分發人員的薪津；免得有人認為

免費的東西一定是不好的；以及若要得到好處必須付出代價等觀念。

在社區中分發的避孕器材的價格大致上和門診的價格一樣，比市價低很多。口服避孕藥每包的價格，大約是美金五分到七角五分不等。保險套每個的價錢，從不到美金一分到一角等。市價口服藥約為美金一元五角到三元五角；保險套約為美金一角至三角。

行政因素：指一個計畫中影響避孕器材供應的諸因素，如：繁複的報表，長時間的等候，有限的門診時間等。巴西家庭計畫協會的報告指出，73%的接受者不認為等候取藥的時間很長；22%只等了十五分鐘以下便獲得了避孕器材。當然，並不是所有的門診外分發制度都能自動排除行政上的困擾，若干計畫也遭遇到補給上的問題。

心理因素：指為了決定是否接受家庭計畫所需要的知識。宣導時不但要提到家庭計畫的好處，更應顧及各種避孕方法的優劣，和服務地點等。

在開發中國家，服務地點的宣傳似嫌不夠。孟加拉和韓國的實驗計畫指出，居然有70—80%接受調查的人，不知道什麼地方可以獲得避孕器材。

分發制度開辦初期，幾乎都有一番擴大宣導。韓國家庭計畫協會有一次在一個月內對二萬二千個有偶育齡婦女，發出五萬五千張傳單，每一名平均收到兩張以上。印尼的郵購計畫開辦後五個月內，共在十六種報紙雜誌上，刊登了三百五十個廣告；在一百多個電臺上，做了五萬次以上的廣播。宣導工作開始時來勢汹汹，而後逐漸趨於低潮，可能是民眾失去興趣，或是有計畫的維持某一宣導水準的緣故。例如：錫蘭的計畫曾編印了三本小冊子，第一年(1974)賣出了十萬冊；第二年降到四萬六千冊；第三年的上半年只賣出了一萬九千冊。

知識的普遍，自然增加了民眾對計畫內容的認識。錫蘭在積極推行「普利」(Preethi)牌保險套一年後，有百分之五十的夫婦知道「普利」是男人用的避孕器材。知識的普及程度和民眾的居住地與職業有關。一般而言，城市專業性居民的知識水準，比鄉村低職業的居民高出很多。

中程效果

每一家庭計畫推行計畫都會致力於收集中程效果的資料，用以評價推行計畫對行為所產生的影響。這些資料包括：分發量、新接受個案數、繼續使用率、和實行率的改變。茲分述如下：

分發量

每一計畫都保存有一份分發量的記錄。商業化的分發制度尤其利用銷售量來調節市場，並做為計畫成敗的指標。除了若干例外，大部分的銷售情形都有逐年增加的趨勢。例如：孟加拉在全國性分發開始的第一年，保險套的月銷售量只有兩次超過一百萬個，以後每个月的銷售量都在一百萬個以上，有一次甚至超過兩百萬個。

大部分的商業化分發制度都根據批發商售給零售商的數字，而不是零售商賣給消費者的數字為標準。數字雖然不是直接的，但是零售商的銷路不好，諒也不致向批發商繼續訂購。

分發量的多少未必能表示計畫的效果。目前有數種方式，能將分發量轉換成涵蓋程度、保護量（amount of protection dispensed），甚至計算出可能避免的出生數等。在肯亞，「金佳」（Kinga）保險套的普及率大致是每人0.21個保險套。在錫蘭，戴維斯（J. Davis）和路易斯（T. D. Louis）利用「每對夫婦免於懷孕的年限」，算出「普利」牌保險套約提供五萬對夫婦年的保護作用。同樣在錫蘭，使用簡易的「出生避免數」法，大約算出1974年十四萬四千個實行避孕者，共約避免了一萬零二百個出生。印度的估計指出，1971—72年間「耐樂」保險套共約避免了十五萬個出生。

接受者

所謂「新個案」指第一次在計畫中接受方法，或第一次接受並使用方法者。這種資料容易獲得，而且多半的短程目標都是以增加接受者為主，因此多數「社區分發制度」莫不以新個案數為評價標準。

實際上，以新個案數目的多少很難直接用來評價計畫的成效。一個個案究竟是新的，還是停用一段時間後再恢復使用的，或是換一個新地方領用的，或是在兩、三個地方同時領用的（因此重複計算），很難加以區別。再說，只計算在計畫中領用的人數，對於計畫的效果可能低估；因為有一部分人雖然受到了計畫的影響而決定實行家庭計畫，却因

某種原因從其他地方領用的人，就不被計算在內。尤其，在缺乏可靠的統計數字下，只計算接受人數或百分比，對於生育率和實行率的效果，無從估計。尤有甚者，接受人數並不能表示使用情形：是否正確使用，使用時間的長短，以及使用時間內有無意外懷孕等。

雖然如此，仍然可以將社區分發制度的接受率和接受者的特性做一番比較。根據小型深入的實驗性挨家挨戶分發計畫的結果，如果把接受者限於「接受並使用」方法的人，接受率大致在11—40%間。以樂普為主的其他計畫，一般的接受率大約在6—20%間，而以15—20%為多數。大型計畫的累積接受率，自印度「耐樂」的2%，哥倫比亞的21%，至巴西北大河州的28.7%不等。這些都是計畫推行後三、五年間的結果。

「社區分發制度」口服避孕藥接受者的年齡與胎次分配，與在門診接受的個案大同小異。巴西的資料顯示，口服避孕藥的接受者：

- 52.2%在三十歲以下；
- 49%的子女數在0—2個間；
- 66.4%從未使用過避孕方法；
- 27%年在25歲以下且子女數在0—2個間；
- 43%年在30歲以下且子女數在0—2個間。

羅素（J. Ross）等的報告指出，在門診接受口服避孕藥的婦女，約有22—65%年在三十歲以下。在門診接受口服藥的婦女，年齡上都比接受樂普者小。在「社區分發制度」中，也有類似的情形。都市的接受者，一般較鄉村的接受者年輕。這個現象在門診或在「社區分發制度」中，都極為類似。

保險套接受者的年齡和胎次都不高。印尼的郵購計畫，有75%左右的郵購者，年在卅歲以下，且子女數在三個以下。在肯亞和印度，從「社區分發制度」領用保險套的人，比在門診採用其他避孕方法或結紮的人較年輕。

繼續使用率

繼續使用率指全體接受者在接受方法後到某一時點為止仍在繼續使用的人數比例，一般使用生命表的方法計算。短的繼續使用率表示避孕方法或工作程序不當，或是大量的意外懷孕。長的繼續使用率表示使用者對方法滿意，方法的效果高，或使用者的動機強等。

表二列出十二個月的繼續使用率，自32.9%至高達82.4%。羅素等的資料指出，在門診接受的口服藥，其十二個月繼續使用率約在35—76%間。

表二 十二個月繼續使用率

地 區	十二個月繼續使用率
孟加拉(城市)	71% (口服藥)
巴西(北大河州)	41%—52%—66.7% (口服藥)
哥倫比亞(鄉村)	56.4%—75.2%—82.4% (口服藥)
印度(阿拉哈巴地區)	40% (口服藥) 82% (保險套)
中華民國臺灣地區(產後婦女)	32.9% (口服藥) 42.4% (保險套)
中華民國臺灣地區(所有婦女)	36.4% (口服藥) 57.1% (保險套)

表三詳列印尼的「社區分發制度」和門診下的繼續使用情形。在三十六個月間，前者的繼續使用率一直高過後者。這一項分析同時發現，門診接受者有29%是不識字的，而在社區接受的，有44%是不識字的。也就是說，「社區分發」不但能接觸到更多不識字的婦女，她們的使用情況也顯得較好。

表四 實行率的增加情形

地 區	避 孕 實 行 率		避 孕 實 行 率	
	推 行 前	推 行 後	絕 對 增 加	相 對 增 加
孟加拉(挨家分發)	1.1%	15 %	13.9%	1263.6%
埃及(挨家分發)	18.4%	30.9%	12.5%	67.9%
肯亞(商業化分發)	21 %	35 %	14 %	66.7%
韓國(挨家分發)	31.0—38.0%	38.0—45.0%	8—6%	23—16%

大規模計畫通常用「正在使用人數」，而不用實行率。所謂正在使用人數，指的是在計畫中接受方法而目前正在使用者，對目標人口的比例。這個數字不能代表真正的實行率，因其未將計畫外實行避孕的人數計算在內的緣故。孟加拉的挨家分發計畫估計，推行一年後，在七萬個有偶婦女中，其實行率大約是10.7%。錫蘭的「普利」牌保險套，推出十五個月內，約有8%的夫婦正在使用。「耐樂」保險套的使用率大約是育齡夫婦的百分之二。

影響實行率的一個重要因素便是可選擇避孕方法種類的多少。因為某些理由，有些人不願或不能

表三 印尼口服藥繼續使用率

時 間	口 服 藥 領 用 地 點	
	門 診	村 里
十二個月	65.9%	76.3%
二十四個月	47.7%	61.5%
三十六個月	33.1%	47.9%

實行率

實行率指在某一時點，正在使用避孕方法的婦女，佔全體有偶婦女的比例。實行率表示過去一段時間內的接受率和繼續使用率的結果。這個數字在實用價值上，比其他數字更能表示計畫的效果。

有些計畫設法收集資料，以了解目標人口的實行率變遷情形。一般在計畫推行以前，先做一次基線調查，了解各種避孕方法的實行率。經過實驗處理後，定期調查實行率，並與之比較。理想的方式應該是與控制組比較，才能知道有多少的實行率變遷是計畫推行的結果。

在計算實行率的增加時，可以用使用者的相對增加比例，或接受者的絕對增加百分比（新接受個案數與目標人口的比例），見表四。有些小型的挨家分發計畫指出，一年間的絕對增加約在7—15%間，對照群的增加則只有2%以下。

接受某種方法。一般而言，避孕方法的種類愈多，實行率愈高。一般的社區分發制度都以保險套和口服藥為主，尤其在開辦初期是如此，不過有一部分計畫也分發介紹單，可以去門診接受其他方法。

增加結紮或子宮內避孕器等項目，可以大量增加避孕的使用率。例如：突尼西亞的挨家分發計畫，開辦初期只供應口服藥和保險套，實行率由6%增至11%。此後，由於積極推行結紮和子宮內避孕器，實行率再提高到15.3%。據估計75%的增加是由於女性結紮的結果。

避孕器材的供應與使用情形，不只受到地理或

距離等因素：還受到許多其他因素的影響。例如，孟加拉的挨家分發計畫在達到18%實行率的最高點後，逐漸下降，到開辦一年後降到14.3%的低點。為了挽回頹勢，把當時尚未十分普遍的保險套，由男性分發員來分發。結果，頹勢雖然挽回一時，因為避孕方法只限於口服藥和保險套兩種，實行率似

乎暫時停留在13%的水準。為了提高實行率，對一半的人口更進一步提供男、女性結紮、避孕針劑、和子宮內避孕器，並僱用受過訓練的分發員做避孕針劑的注射，推介結紮與子宮內避孕器，而且也更有效地處理副作用。結果，實行率由13%增加到26%，其中避孕針劑的貢獻相當可觀（見表五）。

表五 避孕率（孟加拉馬特拉省挨家分發計畫，15—44歲有偶婦女）

基 線	調查婦女數	避孕方法使用百分比※			
		口 服 藥	保 險 套	其 他	共 計
第一次 (1975年10月)	4,583	0.7	0.1	0.3	1.1
挨家分發計畫開始：口服藥與保險套					
第二次 (1976年2月)	4,072	17.1	0.4	0.5	18.0
第三次 (1976年5月)	4,157	15.5	0.8	0.7	17.0
第四次 (1976年8月)	4,141	12.4	1.2	0.7	14.3
保險套特別分發					
第五次 (1976年11月)	4,253	10.8	3.1	0.9	14.8
第六次 (1977年2月)	4,305	9.3	2.7	1.4	13.4
第七次 (1977年5月)	4,310	8.7	2.4	1.9	13.0
結紮和避孕針劑開始推行					
第八次 (1978年1月)	(估計)	6.3	3.7	15.5	25.5

※百分之二十婦女樣本每三個月一次之實行率調查。

生育力的下降

人口的快速成長有礙於社會經濟的發展。過多的懷孕將使母親和嬰兒的健康受到不良的影響。家庭計畫的主要目的在降低生育力，藉以提高社會經濟的發展，促進母親和嬰兒的健康。

家庭計畫對生育力的影響如何，可以直接比較推行與不推行家庭計畫的兩個地區，也可以計算所避免的出生數。雖然如此，實際上做起來却很困難。先是，計畫推行的時間必須夠長得足以產生能正確測量的結果。計畫地區的統計數字必須相當準確。若是採用對照研究的方式，對照群必須不受到計畫的「污染」。就算這些都能做得到，還有一些設計上的困難：如何把計畫的效果和其他的因素分開；如何衡量計畫的間接效果；如何估計夫婦在不推行家庭計畫下的可能生育力水準等。

也因此，有關生育力評價的資料並不太多。孟

加拉的實驗，韓國預定在1980年完成的濟州島實驗，哥倫比亞、埃及，和墨西哥等幾個實驗等，屈指可數。

孟加拉選馬特拉 (Matlab) 省為實驗區，主要是因為戶口登記比較完整的緣故。該地區共有 234 村，人口約為二十六萬人。計畫開始以前，便預先做了一次15至44歲有偶婦女的抽樣基線調查，估計避孕實行率，生育情形（如：懷孕、產後、有生育力等），和懷孕歷史。此後，每三個月重新調查一次，調查項目包括懷孕率、生育率，和生育間隔的分析（見表五）。

在挨家分發計畫開始當時，實驗區和控制區的避孕實行率分別為1.1%和2.9%。實驗區的出生率較高。一年以後，實驗區的避孕率增加到15%，控制區則為3.6%。

尤其在1976年9至12月間，挨家分發的實驗計畫有了顯然的效果。在這期間，實驗區的出生率降到控制區以下。二地區的年齡別生育率尤其在30—39歲組有很大的差異，表示避孕方法使用上的差異

。年齡別生育率間的差異百分比，和年齡別避孕實行率有顯著的相關。胎次別生育率的下降，和避孕使用率也有顯著的相關。懷孕率的下降，又與生育率和避孕使用率的差異有關。

成本與效果

成本效果分析的旨在決定每一出力的單價。這類評價的主要用處在於比較不同計畫每一出力的單價，或同一計畫在不同時期的單價。這類評價尤其在衡量門診外分發制度的功效時非常重要，因為這種分發制度是否可行，端視其成本效果和其他分發制度的比較。成本低而效果高，當然是最理想的。

成本效果的分析又以簡單說明如下：

$$\text{每一出力的單價} = \frac{\text{總價}}{\text{總出力數}}$$

雖然在觀念上很簡單，實際應用時，在計算總價和總出力數時，可能遭遇很多困難。因此，成本效果的分析資料，在說明時必須十分小心，因為計畫的輸入通常項目多而繁雜，同時又缺少一定的標準。

雖然在指定輸入時有困難（如：分攤的成本、經常開支、捐獻的貨物等），其實只要能推計到某一程度，也相當有用。最主要的工作便是利用一種標準表格，製作一份全盤而畫一的預算，用以涵蓋所有的輸入。然後把這一份表格按一定時間（每一季或每半年），推計在該時間內的支出和出力。

至於出力，接受人數或銷售量的數字比較容易獲得，因此常被使用。如果是在比較不同的避孕方法，這些數字的用處就非常有限。從這些數字也看不出接受者的年齡，接受目的（間隔或停止生育），性交次數，或繼續使用率等，更無法找出其與避免出生數間的關係。例如，要以口服藥的發藥量和保險套的分發數來比較二者對生育力的影響，實在困難。因此，在比較兩個計畫時，必須盡量使兩個

計畫的情況類似，接受者的特徵相近，尤其最好使用避免出生數，每對夫婦的保護年限等出力單位。

挨家分發計畫的每一新個案單價約自孟加拉城市計畫的美金1.9元（不包括捐獻的器材和設備），至韓國和香港的美金20元以上。韓國的小型計畫雖然單價頗高，與全國性家庭計畫的每一新個案單價比起來，相差無幾。香港新界的計畫針對着一群不容易接觸到的人口，如果沒有這個計畫，這一批人怕也無法接觸。

社區分發制度的每一個案單價自美金2.5元至12元不等。哥倫比亞家庭計畫協會的分發計畫，推計每一接受者的單價是美金6.28元；衛生部的門診分發計畫的單價是美金7.12元；而產後計畫每一接受個案的單價高達美金16元。

商業化分發制度因缺乏接受者的統計數，單價的估計往往比較困難，必須依賴特別調查以獲得資料。根據開辦一年後的知識、態度、實行（KAP）調查，錫蘭的「普利」保險套計畫估計每一新個案的單價是美金2.16元；每對夫婦一年的保護單價是6.19美元；每避免一出生的費用約需31美元。

從有限的資料可以看出，門診外分發計畫第一年的成本，與其他推行有年的計畫比起來，還算不錯。

隨着計畫的推行，創辦費一次付出之後，個案單價將隨着降低。牙買加的商業化分發計畫已經在成本上降低了30%。除了金錢上的成本，這類計畫利用現有的人員，向不便前往門診的民衆提供服務。這類計畫用到的醫師時間更是少之又少，也不需要建築物和器材的投資和維護。

可行性指這類計畫繁殖或擴展的可能性。就一個國家言，可行性指這類計畫能不能擴及其他地區，使更多的人身受其惠。要使其可行，這類計畫必須能為決策者所接受，能顯示其功效，和成本效果上的優點。

顯然，這類計畫的數目在1977年底時，比1970年時多出很多。開發中國家如：印度、巴西、印尼、孟加拉、泰國，都在大規模地推行這類計畫。

在同一個國家中，這類計畫也在不斷擴展中。泰國的計畫由1974年的24區（全國共560區），擴展到1976年的150區。

有些人認為決策者未必能接受這類分發制度。其實所謂反對的意見，實際上並不是對這類分發制

度的反對，基本上是基於宗教或國家主義的理由，對家庭計畫本身的反對。

即使在反對聲中，門診外分發制度所使用的兩種方法，保險套與口服藥，顯然是開發中國家的人民最喜歡用的方法。最近的趨勢更顯示，在法律上和態度上，有逐漸同意不需處方就可分發口服藥，與同意利用大眾傳播宣導家庭計畫的傾向。例如，在九個有門診外分發計畫的拉丁美洲國家，有五個國家已放寬口服藥的處方限制；有六個國家准許利用大眾傳播做宣傳。有些地方甚至把門診外分發計畫納入國家家庭計畫中，如：中華民國臺灣地區、孟加拉、印尼、埃及、印度、突尼西亞、肯亞、尼加拉瓜、墨西哥、海地、韓國等。

印 尼 的 經 驗

印尼的家庭計畫開始於1970年，先在爪哇和巴里兩大島，1974年後更擴展到21個外島中的十個。1975年後開始在爪哇和巴里大規模推行社區和村里的分發計畫。

國立家庭計畫協調會（BKKBN）於1974年底在爪哇開辦鄉村家庭計畫工作（Village Family Planning Program, VFP）旨在了解利用村里做為分發避孕器材場所的可行性。試驗結果甚為滿意，村里供應站也因此由1974年底的五十處，在三年內增加到二萬處，另外增設六萬個鄉村家庭計畫小組。

鄉村家庭計畫工作是門診的延伸。供應站多半設在村民的住宅或村長辦公室，由志願工作者或村長辦公室的一名職員負責管理，並隨時與家庭計畫工作人員取得聯繫。供應站的任務在隨時給有需要的村民，提供避孕的服務。

即使在擁擠的爪哇，一個村的面積可能很大，住在偏遠地區的婦女要往返供應站，也不是一件容易的事。因此便有鄉村家庭計畫小組的成立，用以連接偏地和供應站以及門診之間。

每一小組由一位婦女任小組長。小組長的職責便是在保證避孕器材的供應不致中斷，並且隨時維持當地的家庭計畫活動於不輟。對於使用後有副作

用的婦女，小組長也協助解決，或請家庭計畫人員解決。凡是有意採用其他方法的婦女，也由她推介到門診。

家庭計畫小組的成立，連帶的帶動了其他活動，如：烹飪、膳食計畫、裁縫、編織、製磚，和其他的經濟活動，如：養雞場和共同運銷等。

印尼的計畫至少有兩層意義，第一、村婦們不再是個別的實行家庭計畫，有小組做為後盾，有問題時可以在小組裡互相討論，交換經驗。第二、目前的資料顯示，這種服務到家的方式，能延長避孕方法的繼續使用率（見表三）。

幾年來，印尼家庭計畫的新個案，由1969年的五萬三千，增加到1976年的二百萬人。據估計，全印尼大約有百分之二十的婦女正在使用方法。全國性計畫的每一接受者的單價是15.23美元；鄉村家庭計畫工作的接受者單價自2美元至4美元不等。

爪哇和巴里的出生率在1970—76年間，也由千分之四十一降到三十三；全印尼的出生率，則由千分之四十三降到三十六。年成長率，根據印尼統計局的報告，由2.1%降到1.9%左右。

鼓勵社區居民直接參與社區家庭計畫工作的成功，加上避孕器材的普遍供應產生避孕率的普遍提高，引起了政府有關單位的注意與興趣，並考慮將

其他的社區發展計畫，如：教育、農業，和衛生，

也以類似的方式加以推廣。

結 語

最近幾年來，社區、家戶的分發制度和商業化分發制度如雨後春筍，增加不少。其他如郵購、自動販賣機的方式，也逐漸引人注目。這些計畫多半規模不大，但是也有若干大計畫，如孟加拉、埃及、尼加拉瓜、墨西哥、印尼、印度、菲律賓、韓國、錫蘭、泰國、哥倫比亞、巴西、牙買加等的計畫便是。

這類計畫的評價，多半只限於分發制度的建立以及接受個案數等基本的短程目標。因此，評價的資料便只有供應站的數量，避孕器材分發量，接受個案數及其特徵等。若干計畫倒是也有資料，用以說明這種分發方式對人口的影響，及其功效等。

固然目前的資料十分有限，因此不便據以論斷，不過大致上看起來，門診外分發方式比門診的分發更有效果，對於生育率的下降也多少有貢獻。不但如此，接受率，繼續使用率，和實行率等，也在更廣泛的區域內普遍增加，而且服務的對象又是一般門診比較不容易接近的對象。尤其，這類方式的單價未必比門診分發式的單價高，並且還有逐漸降低的趨勢。

這類制度能很快地推展，表示決策者和消費者

的支持。有些反對意見，有的是反對家庭計畫本身，有的則認為不經過醫師處方而分發口服藥恐怕不安。這可能是目前唯一的比較嚴重的困難。

家庭計畫目前已經是一個普遍的現象。在社區和商業化分發制度沒有推行以前，生育率的高低和婦幼衛生的水準，就已經和避孕器材的有無與使用情形的普遍與否，息息相關，既然這類分發制度，能有效而迅速地把避孕器材帶給平時不太容易接觸到的人民，必然能夠提高避孕方法的使用情形，大大地減少避孕方法分配不均的現象。

今後的分發制度

知識和服務最大量的供應，應該是家庭計畫的一個目標。所謂最大量的供應，指人能夠透過有效的分發制度向有需要的人，提供所有現代化的避孕方法。門診外分發方式雖然能在地理上涵蓋廣大的面積，所能提供的避孕方法仍然有限。懷孕的中斷，結紮手術，或是子宮內避孕器等，還是需要專業人員，因此也只能在門診中進行。因此，為要達到所謂最大的供應，門診內外計畫都必須互相協調與支持。