



家庭計畫通訊

臺灣地區輸卵管與輸精管結紮手術接受調查者報告

齊 力

前 言

男性與女性的外科結紮手術約在一百年前開始發展，但是直到二十幾年前才成為醫療技術上問題較少而且在觀念上較為人所接受的避孕方法。此後，結紮手術逐漸成為最重要的避孕方法之一。據估計，在1985年時全世界約有一億多對育齡夫婦採用結紮方法避孕，而且接受的人數還在快速增加中（註一）。

臺灣地區自民國六十二年開始推廣輸卵管與輸精管結紮（亦即男性結紮與女性結紮）手術，此後接受結紮手術的人數即持續成長，尤其是女性結紮個案人數增加極為快速。初期以育齡後期婦女接受的人數較多，不過，目前接受者的平均年齡正逐年下降，也就是說，結紮手術的節育功能擴大到較年輕的婦女群裡。根據家庭計畫研究所的調查結果顯示，目前接受女性結紮手術的二十至三十九歲有偶婦女數約佔全部正在實行避孕方法之同齡有偶婦女的29.3%，居於各種正在實行的單項避孕方法之冠，僅略低於全部子宮內避孕器使用者所佔百分比（32.1%）。此外據本所歷年個案記錄聯統計，截至民國七十四年底止，臺灣地區接受女性結紮手術的累積個案已經超過五十萬人，而每年新增案數亦達五萬人左右。

接受男性結紮手術的人數遠比接受女性結紮的人數要少。根據臺灣省家庭計畫研究所的統計資料，臺灣地區至民國七十四年底止男性結紮個案累積

數僅達三萬五千人。此外，依據民國七十四年對臺灣地區二十至三十九歲有偶婦女所進行的調查結果顯示，約有百分之一點四的個案係由其配偶實施男性結紮手術。這個百分比約為女性結紮的二十分之一，相差懸殊。每年新增的男性結紮個案只有二千七百人左右。事實上，男性結紮手術遠較女性結紮手術簡便，費用亦較低廉，而且副作用也較少（註二）。兩者接受率的懸殊差距主要係由於心理因素與性角色態度使然。雖然在大多數國家或地區裡都是女性結紮案數較多，但是差距通常沒有我們這麼懸殊，有些國家或地區男性與女性結紮的接受數還大致近似，譬如中國大陸、香港、荷蘭與英國即是。這意味著，只要我們能在觀念與態度上有所改變，男性結紮接受數還有可能做大幅度的提昇。

政府為減輕接受結紮方法者的手術費用負擔，自民國六十二年即編列預算補助實施手術者。以臺灣省七十四施政年度為例，中央及省、縣衛生單位共編列三千八百八十八萬七千零八十元，補助女性結紮37,759人，佔當年全部女性結紮案（40,227人）的93.86%，另補助男性結紮2,071人，佔男性結紮案總數2,174人的95.26%。

依照規定，在公立醫院接受女性結紮手術者補助手術費1,500元，在私立合約醫院手術者補助800元（註三）。輸精管結紮案在私立醫院補助500元；而在公立醫院補助800元。原則上公立醫院不另收手術費，私立合約醫院得再酌收手術費之差額。對於結紮手術採取補助政策自然是為了提高接受率

，在此種政策干預之下，究竟對於接受率有無顯著影響，尚待研究。

與其他各種避孕方法相比，結紮手術有甚多優點，不過，它也還是有一些限制或問題。比如說，它原則上是屬於不可回復的避孕方法，只適於要停止生育的人使用。而且，它也還是可能會帶來一些生理或心理上的副作用。尤其是有些謠言認為結紮手術會使得人的精神失常或使人失去體力，儘管醫學界並不承認會有此種副作用，但是謠言卻足以使許多有意接受者卻步。此外，雖然結紮手術的失敗率可以說是各種避孕方法中最低者，它也還是可能因為手術過程中的疏誤或其他原因而失敗懷孕。尤其是男性結紮必須在手術後一段時間內另行採取避孕措施，如果接受者未能在此期間做好避孕，更容易導致失敗。

本研究基本上就是在瞭解接受男、女性結紮者的種種背景特性、接受手術的時機、手術過程與手術後的生理、心理反應，並且看看家庭計畫部門的一些服務措施對於接受手術的過程有何影響。這些瞭解可以提供未來結紮手術服務的參考，俾便改善服務品質，減少副作用與失敗的發生，或有助於消除不必要的疑懼。

我們所要瞭解的幾個主要問題是：

- 一、結紮手術接受者的背景特性，包括居住地區、教育程度、職業、經濟狀況、子女數與年齡等；
- 二、接受結紮手術的時機，包括手術的年齡、子女數與次數等；
- 三、接受結紮手術的決策過程：接受的理由及配偶與親友的支持或反對；
- 四、結紮手術的副作用發生情形；
- 五、結紮手術對於性生活的影響情形；
- 六、結紮手術的失敗懷孕情形；
- 七、結紮手術費用的多寡，及補助的有無對接受與否的影響；
- 八、手術後有沒有後悔？

在就上述主題進行討論時，我們將女性結紮與男性結紮手術個案合在一起分析，以便約略比較兩個群體在各種特性上的異同，以及在避孕效果、

副作用與上述其他項目上所顯出的差異。

研 究 方 法

本文係根據臺灣省家庭計畫研究所「民國七十四年臺灣地區各種避孕方法接受者追蹤調查」之資料進行分析。該調查包括對口服避孕藥、樂普、銅T、母體樂、男性結紮與女性結紮等避孕方法之接受者進行訪問調查，女性結紮手術與男性結紮手術個案係調查的一部份。實地訪問調查係於民國七十四年上半年進行。

整個調查的母群體如下：除山地鄉及七美、望安兩離島鄉以外之臺灣地區婦女（男性結紮案則為男性），於民國六十八年七月至七十三年六月間接受上述六種避孕方法而有個案記錄聯者（註四）。抽樣方法係採分層二段隨機抽樣。先抽出鄉鎮區市作為初抽單位（primary sampling unit），再從初抽單位中按個案記錄聯隨機抽出上述六種避孕方法的個案。本研究僅就女性結紮與男性結紮個案部份進行分析。

女性結紮案在抽樣時共抽出 989 案，實際訪問完成 780 案，完成率達 78.87%；男性結紮案共抽出 598 案，實際訪問完成 404 案，完成率为 67.56%。

在以下的分析中，為了便於顯現女性結紮個案與男性結紮個案在背景特性上與手術後的各種結果上的差異，我們盡量將兩種個案的各種統計結果並列。不過，女性與男性結紮手術畢竟是不同的避孕方法，因此也各自有一些不同的問題，必須分別來處理。更重要的是，女性結紮個案與男性結紮個案是性別不同的兩個群體。由於性別不同，在關於態度方面的問題上，可能表現出整體性的差異。甚至在某些事實性問題上也可能有整體性差異，譬如，關於丈夫的所得水準與妻子的避孕歷程的問題，由妻子來答與由丈夫回答就會有不同。這種對象性質的不同，這種對象性質的不同，在兩個樣本各自分析時並沒有什麼妨礙，不過在試圖做某些比較時，則須特別注意。

調查結果

一、接受結紮手術者的一般背景特性

在訪問時，女性結紮個案中，年齡最年輕的是二十一歲，最年長的是五十五歲，而他們丈夫的年齡則從二十五歲到六十五歲。男性結紮個案的年齡則從二十三歲到六十一歲，他們的妻子從二十二歲到五十二歲。他們接受結紮手術的時間都是在民國六十八年七月到七十三年六月間，各年度的接受人數如下。

表一 女性與男結紮樣本數在民國六十八年至七十三年度各年之分佈暨各年度臺灣地區結紮接受總數

年度*	女性結紮		男性結紮	
	樣本數	該年結紮總接受數	樣本數	該年結紮總接受數
68	128	50,985	55	2,969
69	131	51,475	76	2,862
70	168	47,371	101	2,801
71	186	50,081	84	3,004
72	167	50,304	88	2,749
合計	780	250,216	404	14,385

*此處年度非曆年，而係從七月至下年六月為一年。譬如，68年度即民國六十八年七月至六十九年六月底止。

百分之八十的輸卵管結紮手術是在私人的醫院或診所進行；反之，過半數的男性結紮手術是在公立醫院進行，兩者有明顯的差異。這種差異可能與就醫習慣與有無公、勞保有關，此外，醫院的分佈情形及交通近便與否也是選擇醫院的重要考慮。

表二 實施女性與男性結紮手術醫院類別

醫院類別	女性結紮手術		男性結紮手術	
	人數	百分比	人數	百分比
一般公立醫院	138	17.69	215	53.22
軍醫院	16	2.05	5	1.24
私立醫院、診所	615	78.85	176	43.56
公立大學附設醫院	4	0.51	2	0.50

私立大學附設醫院	7	0.90	2	0.50
其他醫療機構	0	0.00	4	0.99
總計	780	100.00	404	100.00

接受女性與男性結紮手術的人具有什麼樣的背景特性？有沒有集中於某種社會經濟地位的情形？從表三的資料來看似乎沒有這種現象，換言之，結紮個案大致是分散在各行各業、各個地區、各種教育程度與年齡層。

在女性結紮個案中，夫妻的教育程度都是以國小為多，不過不識字及大專程度也都有。丈夫的教育程度略高於妻子。這些情形在男性結紮個案中大體類似，不過男性結紮個案夫妻的教育程度均高於女性結紮個案。

以居住地來說，女性結紮個案以鄉村居民最多，其次是大都市（包括院轄市與省轄市，但不包括新竹、嘉義兩市）、鎮與縣轄市（含新竹、嘉義兩市）；男性結紮個案則以大都市居民最多，其次是鄉、縣轄市與鎮。整個來說，男性結紮個案居住地區比較偏重於都市。

女性結紮個案有近半數沒有工作，如果把這些工作者除外，大多數女性結紮個案的職業都是勞工或農、漁業。而他們的丈夫也有過半數是勞工、農、漁，不過仍然有近四成的丈夫是白領工作者。男性結紮個案的妻子也有近半數沒有工作，但是其餘有工作的人中，勞工、農、漁民只佔不到一半；白領工作者則略多於此。男性結紮個案本人中更有過半數的白領工作者。比較起來，男性結紮個案夫妻中白領工作者較女性結紮個案為多。

以上事實除了顯出結紮個案分散在各個不同階層之外，也顯示男性結紮個案夫妻比女性結紮個案夫妻在社會經濟地位上似略高一些。或者更適切的話，應該是男性結紮個案夫妻具有較高的現代性，或至少是比較有利於現代化的背景特性。

直至今日為止，臺灣地區的一般民衆還不太能接受由男性去結紮的做法，因為傳統上生育、避孕這些事都是婦女的事，要由男性來擔負避孕的責任可以說是一種不尋常的事，需要具有比較現代的心態才能接受。由此可見男性結紮個案夫妻具有比較高度的現代性是很合理。

表三 個案夫妻年齡、居住地區、教育程度與職業的分佈

個案特性	女性結紮個案		男性結紮個案	
	次數	百分比	次數	百分比
調查時妻子年齡				
20-24	6	0.77	7	1.73
25-29	147	18.85	62	15.35
30-34	397	50.90	190	47.03
35-39	173	22.18	104	25.74
40-44	41	5.26	32	7.92
45-49	14	1.79	7	1.73
50+	2	0.26	2	0.50
調查時丈夫年齡				
20-24	0	0.00	3	0.74
25-29	37	33.08	18	4.46
30-34	258	33.72	119	29.46
35-39	263	15.77	132	32.67
40-44	123	6.67	72	17.82
45-49	52	2.31	27	6.68
50+	46	5.90	33	8.17
不詳	1	0.13	0	0.00
結紮時居住地區				
大都市	197	25.26	136	33.66
縣轄市	124	15.90	95	23.51
鎮	160	20.51	62	15.35
鄉	299	38.33	111	27.48
妻子教育程度				
未入學	69	8.86	11	2.72
小學	464	59.56	180	44.55
初中	124	15.92	76	18.81
高中	92	11.79	90	22.28
大專以上	30	3.85	47	11.63
丈夫教育程度				
未入學	26	3.33	3	0.74
小學	398	51.03	122	30.20
初中	121	15.51	63	15.59
高中	159	20.38	125	30.94
大專以上	76	9.74	91	22.52
妻子職業				
無工作	375	48.14	184	45.54
軍公教人員	5	0.64	8	1.98
其他白領工作	116	14.89	94	23.27
售賣推銷	31	3.98	18	4.46
勞工	215	27.60	96	23.76
農漁業	37	4.75	4	0.99

丈夫職業

無工作	12	1.55	5	1.24
軍公教人員	28	3.61	34	8.46
其他白領工作	266	34.32	168	41.79
售賣推銷	35	4.52	27	6.72
勞工	317	40.90	150	37.31
農漁業	117	15.10	18	4.48

從表四的資料可知，在調查的時後，女性結紮個案平均懷孕四點四次，活產三點四次，死、流產零點三次，並有零點八次的墮胎記錄。男性結紮個案平均懷孕四次，活產二點九次，死、流產零點二次，並有零點九次的墮胎記錄。從整體來看，雖然男性結紮個案夫妻在調查時的年齡平均較女性結紮個案要大些，但是女性結紮個案的子女數、活產數與懷孕數卻都比男性結紮個案要多，家庭中的人口也較多。換言之，女性結紮個案的生育率比較高。顯然這還是和現代性的程度有關。

男性結紮個案妻子的人工流產次數高於女性結紮個案，而死、流產的次數則較少，這一點也可以從現代性的差異來說明。簡言之，後者的生育行為較傾向順其自然，而前者較重人為節制。

表四 女性與男性結紮個案夫妻社會人口特性平均數

個案特性	女性結紮個案		男性結紮個案	
	人數*	平均數	人數*	平均數
調查時年齡				
丈夫	779	37.40	404	38.05
妻子	780	32.94	404	33.49
調查時				
現有子女數				
子女數	780	3.32	404	2.89
男孩數	780	1.86	404	1.60
女孩數	780	1.47	404	1.29
懷孕次數	780	4.39	404	3.99
活產數	780	3.37	404	2.87
死流產數	780	0.27	404	0.22
墮胎數	780	0.76	404	0.91
家庭人數	780	6.49	404	5.66
家庭兒童數	780	3.18	404	2.59
現代化設備指數	766	10.48	404	14.26

丈夫每月 平均所得	740	16,779	400	20,499
全家每月每 人平均所得	738	4,173	401	5,757

*人數指計算平均數時所涵蓋的有效資料筆數。

上表的資料也顯示男性結紮個案夫妻的經濟條件優於女性結紮個案夫妻，前者不但是所得水準較高，而且家中也擁有較多的現代化設備（註五）。此點與前面職業與教育程度的差異是一致的。

表五 接受手術時個案及其配偶年齡分佈

年齡	女性結紮				男性結紮			
	妻		夫		妻		夫	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
15-19	1	0.1	1	0.1	1	3	0	...
20-24	55	7.1	6	0.8	32	7.9	7	1.7
25-29	358	45.9	166	21.3	160	39.6	78	19.3
30-34	287	36.8	336	43.1	146	36.1	154	38.1
35-39	57	7.3	152	19.5	47	11.6	85	21.0
40-44	19	2.4	59	7.6	16	4.0	40	9.9
45-49	3	0.4	27	3.5	2	0.5	20	5.0
50+	0	—	32	4.1	0	—	20	5.0
總計	780	100.00	779	99.9*	404	100.00	404	100.00
平均年齡	29.7		34.1		30.2		34.8	

*一人配偶年齡不詳。

不論是接受女性或男性結紮手術的夫婦，接受手術時妻子的年齡均以二十五至三十四歲之間為多，約佔女性結紮案的八成，男性結紮案的七成半，此一接受高峰期與民國六十七年的調查結果一致。不過，前次調查時輸卵管與輸精管結紮手術時夫妻平均年齡均較此次稍高，分別為：女紮妻30.4歲，夫35.1歲，男紮妻30.0歲，夫35.9歲（註六）。這表示接受手術的時間提前了，也意味著由於結紮手術使得可能生育的時期較前更短，因而生育率也將更形下降。值得注意的是，兩次調查都顯示男、女性結紮的時機很接近，而男性結紮個案的年齡都

二、接受結紮手術的時機

在女性結紮個案中，接受結紮手術時的年齡從最年輕的十九歲到最年長的四十九歲，跨越了三十一個年頭；而他們丈夫的年齡則從十九歲到六十三歲，跨越了四十五年。在男性結紮個案中，年齡從最年輕的二十一歲到最年長的五十九歲，跨越三十九年；而他們妻子的年齡則從十九歲到四十七歲，跨越了二十九個年頭。以下是他們接受結紮手術時年齡的分佈情形。

比女性結紮個案之夫稍大些。而且，男性結紮個案夫妻的年齡上下限較輸卵管結紮個案夫妻為短。這似乎意味著男性結紮個案的生育、避孕行為更有計畫些。這似乎仍和前面所指出的現代性差異有關。

在女性結紮個案中，有一位是妻子尚未滿二十歲即行結紮的，另有一位是丈夫未滿二十歲就結紮的。這兩對夫妻雖然結紮時的年齡都還很輕，但都已經有二男一女共三名子女了。其中一位先生是勞工，另一位先生則是務農。兩對夫妻的教育程度都是國小畢業，經濟狀況都比較差。

如果從結紮時的子女數來看，所有的夫妻都是

在至少有了一個孩子以後才去結紮的。有0.77%的女性結紮個案與2.48%的男性結紮個案是在僅有一個孩子的時後去結紮的。不過，分別有2.95%與6.19%的女性與男性結紮個案在還沒有男孩的時後就去結紮了。還沒有女孩就去結紮的人數稍多些，女性與男性結紮個案分別有16.67%、22.53%。

女性結紮個案在結紮時的現有子女數平均是3.33個，其中男孩較多，為1.87個，女孩較少，為1.47個。男性結紮個案的平均結紮時子女數較少，為2.83個，其中男孩1.57個，女孩1.26個。在六十八年間的調查結果，輸卵管結紮個案在結紮時的現有子女數平均是3.82個，其中男孩為2.12個，女孩為1.70個。男性結紮個案的平均結紮時子女數較少，為3.45個，其中男孩1.92個，女孩1.54個。可見，晚近的結紮個案不論是從接受結紮手術的年齡上或是從結紮時的子女數上說，都顯出接受時機提早的趨勢。

如果拿上述結紮時子女數與個案的理想子女數相比，大多數人都是在已經達到理想子女數以後才

去接受結紮手術。從平均理想子女數與結紮時實際子女數來比較，則可看出實際子女數通常是略大於平均理想子女數。也就是說，人們通常在達到理想子女數或已超過理想子女數後才決定去結紮。

不論是女性或男性結紮個案，他們在結紮時的平均現有男孩數均大於平均現有女孩數，這顯然與重男輕女的態度有關。事實上，從前面就已經可以看出，還沒有男孩就肯去接受手術的人比較少，而沒有女孩就接受手術的人比較多，表示一般人比較能接受沒有女孩的情況，而在還沒有男孩的情形下，只有極少數的人願意停止生育。

雖然男性結紮個案夫妻的平均結紮時年齡稍大於女性結紮個案夫妻，不過，若以所生孩子數的多寡而論，前者接受手術的時機，還要早於後者。此一差異情形與六十八年間的調查結果一致。如果比較兩者在還沒有男孩或還沒有女孩時就結紮的百分比，也是男性結紮個案較高。事實上，男性結紮個案的理想子女數就比女性結紮個案要少，這種生育態度似可視為是較高的現代性的表現。

表六 接受結紮手術時子女數與理想子女數

子女數比	女性結紮個案						男性結紮個案					
	男孩數		女孩數		合計		男孩		女孩		合計	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
0	23	2.95	130	16.67	0	0.00	25	6.19	91	22.53	0	0.00
1	227	29.10	317	40.64	6	0.77	171	42.33	177	43.81	10	2.48
2	396	50.77	217	27.82	124	15.90	165	40.84	90	22.28	150	37.13
3	102	13.08	85	10.90	361	46.28	42	10.40	35	8.66	162	40.10
4	29	3.72	21	2.69	212	27.18	0	0.00	7	1.73	67	16.58
5-8	3	0.38	10	1.28	77	9.87	1	0.25	4	0.99	15	3.71
平均子女數	1.87		1.47		3.33		1.57		1.26		2.83	
理想子女數	1.69		1.28		2.91		1.53		1.10		2.58	

雖然絕大多數人是在有了足夠的子女數以後才去結紮的，但是也有少數人覺得子女數還不夠。尤其是針對男孩數或女孩數會有不夠的感覺。在女性結紮個案當中，有五十個人表示男孩數還嫌不夠；也有五十個人嫌女孩數還不夠。在輸精管結紮個案

當中，有三十個人表示男孩數還嫌不夠；而有四十一個人嫌女孩數還不夠。但是他們多半覺得「負擔重」，或者認為「再生也無法照自己的理想」，因此逕行結紮。

也有少數結紮個案在接受手術以後又因故想要

恢復生育能力，在女性結紮個案中有5.52%的人表示想要恢復生育能力；而在男性結紮個案中則有3.46%。此一比率雖然不高，不過仍然將因而出現遺憾。所以在輸卵管、輸精管接通手術尚未充份發展以前，結紮手術前關於結紮手術性質的衛教是很重要的。

三、接受結紮手術的決策過程：接受的理由及配偶與親友的支持或反對

人們在所生育的子女數已經足夠了以後自然會想要採用某些避孕方法達到停止生育的目的。不過，已經決定不再生育的人並不一定就會接受結紮手術，有些人對結紮手術可能還心存疑懼、害怕手術，或者擔心子女會有什麼三長兩短。因此，從覺得孩子數已經足夠到真正去接受手術，中間還涉及一連串的抉擇過程。在這個過程中，許多人可能會影響到個案。有些人會支持個案去結紮，也有些人會反對他們結紮。也有些個案會先用一些其他的避孕方法來避孕，當然，此處的個案最後都還是接受了結紮手術。他們為什麼要接受或改用結紮手術呢？

表七 接受或改用女性或男性結紮手術的理由

接受結紮手術所持理由	女性結紮個案		男性結紮個案	
	人數	百分比	人數	百分比
不知道其他方法	11	1.41	4	0.99
使用其他方法不適合	213	27.31	137	33.91
使用其他方法曾失敗過	93	11.92	56	13.86
擔心其他方法不保險	154	19.74	63	15.59
一勞永逸，較不麻煩	584	74.87	311	76.98
較不影響性生活	6	0.77	20	4.95
長期算來較便宜	16	2.05	6	1.49
可更自由	2	0.26	3	0.74
其他	15	1.92	6	1.49

*各種「理由」不互斥，回答時可多選，因此百分比總計不等於100。

不論是男紮或是女紮，都有四分之三的個案表示選用結紮方法避孕是為了一勞永逸，以免經常為了避孕而麻煩。此外也常有人提及使用其他避孕方法不適合或怕不保險。使用其他避孕方法而曾失敗過也是決定使用結紮方法的理由之一。簡言之，結紮手術的永久且保險的避孕作用是人們用它來達到停止生育目的的主要理由。

因為結紮方法比較便宜而採行結紮的人不多，因為要更自由而去結紮的人更少。倒是有一些男性結紮個案是為了不要因避孕而影響性生活。持這種理由的男紮個案多於女紮個案。

在決定停止生育以後，有些人先使用過別種避孕方法。在女性結紮個案中大部份人先使用過別種避孕方法，只有26.98%表示是直接結紮。而男性結紮個案中則有百分之六十表示是直接就結紮了。這麼顯著的差異可能一部份是由於男性結紮個案處事較果斷，較能事先計畫所致，當然，也可能和男性不甚瞭然妻子的避孕歷程有關。後者意味著男性結紮個案對自己夫婦的避孕歷程的報導可能比較不正確。

如果從另一方面看，男性結紮個案在結紮手術之前曾經採行其他避孕方法避孕的人卻多於女性結紮個案。

絕大部份女性與男性結紮個案都在接受結紮手術之前採用過其他避孕方法避孕。在女性結紮個案中，有24.36%的婦女表示這次的結紮手術就是第一次的避孕，其餘約四分之三的人都曾經採用過其他方法避孕。在男性結紮個案中，有8.42%的人表示這次結紮就是他們第一次的避孕，其餘九成以上的人都用過其他的避孕方法。

結紮手術的接受者大多數在接受手術之前曾經聽說過有其他人接受過結紮手術。這在他們決心接受結紮手術的過程中可能會產生鼓勵或引起動機的作用。在女性結紮個案中。聽說過姊妹、其他親戚、鄰居、朋友結紮過的人不少。男士們則主要是聽說同事中有人結紮過。這顯示男性與女性的訊息傳遞網絡多少有些不同。

表八 接受手術前是不是知道有人做過輸卵管／輸精管結紮手術*？

所知結紮者**	女性結紮個案		男性結紮個案	
	人數	百分比	人數	百分比
不知道有任何人結紮	222	28.5	175	43.3
姊妹中有人(女性)結紮	119	15.3	—	—
兄弟中有人(男性)結紮	—	—	8	2.0
其他親戚中有人結紮	185	23.7	35	8.7
同事中有人結紮	57	7.3	87	21.5
鄰居中有人結紮	260	33.3	26	6.4
朋友中有人結紮	185	23.7	70	17.3
有知名人士結紮	5	0.6	37	9.2
有其他人結紮	3	0.4	1	0.3

*對女性結紮個案問是否知道有人做過女性結紮手術；對男性結紮個案問是否知道有人做過男性結紮手術。

**各種「所知之結紮者」不互斥，回答時可以多選。

如果比較男、女性結紮個案聽說過別人結紮的比例，似乎婦女們在接受結紮訊息方面，不但是比較充份，而且來源似乎也比較多，特別是比較常從親密的親友處得到有關的訊息。男士中有比較多人在結紮前從未聽說有人接受男性結紮手術的。此一事實一方面似乎顯示男士們的行為比較不需要有模仿的對象，但是另一方面這也給指出一種可能：男士之所以比較少去結紮，可能就是因為不知道已經有人接受過男性結紮手術。就此而論。如果將來男性結紮的事蹟愈多，聽到的人也會愈多，從而也就會促使愈多的男士去結紮。這可能產生類似滾雪球的效果，屆時男性結紮手術可能蔚為風氣。

除了從別人的經驗中得到間接的鼓勵或引發動機之外，通常在決定結紮之前人們都會去徵詢他人的意見，在獲得支持的情形下才採取行動。有時甚至是由他人的鼓勵才形成了意願。當然，在下決心的過程中有時也會遭遇反對的意見。

在女性結紮個案中，表示曾受到鼓勵與反對的分別有58.8%及24.0%；而在男性結紮個案中，曾受到鼓勵與反對的則分別有42.1%及21.3%。換言之，一般人在接受結紮手術之前的確常會受到別人的鼓勵。也有不少人遭遇反對，不過，鼓勵通常還是多於反對。在兩種結紮個案中，男性似乎比較少受到別人的影響，或者是男性在決策過程中比較不會去聽取他人的意見。反之，婦女所感受到的鼓勵與反對似乎都比男性要多。

最常給予個案鼓勵的還是配偶。有三成的男士得到妻子的鼓勵去結紮，而有逾四成的婦女得到丈夫的鼓勵去結紮。其次，對婦女而言，婆婆與母親也是重要的鼓勵者；男性的鼓勵者則是同事、朋友。此外，家計人員也是主要的鼓勵者之一。有趣的是，婦女的婆婆、母親與男性的同事、朋友也常是反對結紮者。這是因為他們是個案的重要參考群，個案對他們的意見最在乎，而他們也最關心個案。

表九 手術前是否有人鼓勵或反對？單位：百分比

鼓勵／反對者	有誰鼓勵		有誰反對	
	女性結紮	男性結紮	女性結紮	男性結紮
沒有人	41.2	57.9	76.0	78.7
配偶	43.1	29.5	3.2	2.5
父親	4.6	1.2	1.9	2.0
母親	13.0	1.2	5.1	4.2
配偶父親	6.9	0.5	2.8	0.7
配偶母親	15.0	2.0	6.8	3.5
兄弟姊妹	5.3	0.7	0.8	2.0
配偶之兄弟姊妹	1.2	1.0	0.4	0.5
其他親戚	5.5	1.0	3.6	1.7
鄰居	6.5	2.0	5.4	0.5
同事、朋友	4.1	8.4	4.6	7.9
家庭計畫人員	9.9	6.4	0.3	0.5
醫師	3.3	2.0	1.3	2.7
其他人	0.1	0.5	0.1	0.2

對大多數人而言，配偶的意見當然還是最重要的。在沒有得到配偶同意的情形下去結紮的人非常

少。在女性結紮個案中，95.5%的人都在事先得到丈夫的同意，只有兩個人表示丈夫到現在還不贊成，另外三人迄未告知丈夫。在男性結紮個案中，91.6%的人事先得到妻子的同意，也是有兩個人表示妻子到現在還不贊成，而有三人迄未告知妻子。

表九的資料顯示，男性鼓勵妻子結紮的比例高於女性鼓勵丈夫去結紮的比例。這表示婦女比較傾向於由自己去接受結紮手術，為什麼婦女會有此種傾向呢？男士們又是在什麼情形下會願意自己去結紮呢？

表十的資料顯示，大多數女性結紮個案根本不曾考慮由丈夫去接受結紮手術。男性結紮個案則多數曾經考慮過由妻子去結紮。很顯然這是一種文化。婦女習於認定避孕是婦女的事，因此甚至不曾考慮由丈夫結紮的可能性。之所以會有一些丈夫自己去結紮，最主要是認識到女性結紮手術比較麻煩、副作用比較多，或者體念妻子身體較弱。

表十 不由配偶接受結紮手術的理由*

理由	女性結紮個案		男性結紮個案	
	人數	百分比	人數	百分比
沒有考慮過	499	64.0	148	36.6
配偶身體不好	16	2.1	75	18.6
配偶怕手術	8	1.0	20	5.0
配偶不願意	81	10.4	11	2.7
沒有和配偶商量	8	1.0	1	0.2
配偶工作較忙	97	12.4	13	3.2
配偶結紮手術費用較貴	1	0.1	4	1.0
配偶結紮手術較麻煩	9	1.2	136	33.7
配偶結紮手術較多副作用	79	10.1	44	10.9
其他	38	4.9	13	3.2

*此處所列各項理由個案可以多選，故表中所列的人數之總和可能超過總樣本數。

在不由丈夫結紮的主要理由中，除了丈夫工作比較忙以外，另一個是丈夫不願意。「丈夫不願意」的比例較「妻子不願意」要高。這一點可能依舊

與傳統的角色認定有關。另一種可能的理由則是害怕男性結紮會損害性能力。其實，後者也還是和對兩性的角色期望有關。

如果想要提高男性的結紮接受率，需要形成一種新的意見潮流，讓一般人的性角色態度有所改變。此外，對於兩種結紮方法的副作用情形也應該讓一般人有較多的瞭解，這也包括結紮對性生活的影響在內。

四、結紮手術的副作用發生情形

副作用問題是避孕方法研究的重要項目。在本研究中，我們用口頭詢問的方式調查了接受個案的副作用發生情形。在女性與男性結紮個案中，分別有32.69%與24.51%的個案自訴有副作用發生。這個比例可能較事實偏高，因為有些人雖然在手術後發生了身體不適的情形，却未必是結紮手術的副作用，而可能是其他因素造成。由於無法以臨床診斷的方式鑑別，僅能以個案的自訴為準，故難免有過度歸咎的情形。也就是說將不是由於結紮手術所導致的身體或心理問題當成是結紮手術的副作用。這從以下的事實即可得到部份的印證：凡是回答在結紮手術前曾生過較嚴重疾病的個案，不分男紮、女紮，均在先前問及是否有副作用發生時做了肯定的答覆，他們的副作用發生率是百分之百。

不過，儘管關於副作用的報告只是採主觀認定的方式，這些數字仍有一定的參考價值。

在答覆有副作用發生的個案中，有大部份人表示副作用並不嚴重。自認為有嚴重副作用的人較少，分別佔女性與男性結紮個案的14.5%與8.8%。如果直接加以比較，不論是副作用的發生率或主觀感受到的嚴重程度，似乎都是男性結紮手術略低於女性結紮手術。這和一般的說法是一致的。

如果拿上述副作用發生率與此次所調查的其他幾種避孕方法相比，似乎是兩種結紮手術發生副作用的比例較子宮內避孕器與口服避孕藥的副作用發生率要低（註七）

女性結紮個案最常自訴的副作用是月經方面的問題，此外還有「下腹痛」、「肩腰酸痛」、「生殖器官發炎」，及「頭暈、頭痛」等。不過，這些副作用多半不是很嚴重。男性結紮個案最常提到的副作用是「發胖」，也有一些人出現「生殖器官發炎」的問題。

表十一 女性與男性結紮個案自訴發生副作用的人數與百分比

副作用發生情形	女性結紮手術		男性結紮手術	
	人數	百分比	人數	百分比
未發生副作用	525	67.31	305	75.50
有輕微副作用	142	18.21	64	15.84
有比較嚴重的副作用	113	14.49	35	8.66
總計	780	100.00	404	100.00

表十二 女性及男性結紮個案自訴發生各種副作用及自認副作用嚴重的人數

副作用症狀*	女性結紮手術		男性結紮手術	
	發生案數 (%)	嚴重案數	發生案數 (%)	嚴重案數
子宮、卵巢或輸卵管等器官發炎	43 (5.51)	17	—	—
月經不順、停經、經痛	86 (11.03)	35	—	—
生殖器官發炎	—	—	38 (9.41)	17
排尿困難	—	—	2 (0.50)	2
頭痛、頭暈	38 (4.87)	13	8 (1.98)	3
心跳快	13 (1.67)	5	3 (0.74)	0
嘔吐	3 (0.38)	1	1 (0.25)	1
脾氣暴躁	37 (4.74)	9	8 (1.98)	2
情緒不安、失眠	17 (2.18)	7	8 (1.98)	4
下腹痛	66 (8.46)	20	13 (3.22)	2
肩、腰酸痛	42 (5.38)	22	10 (2.48)	5
食慾不穩定	6 (0.77)	5	2 (0.50)	1
四肢無力	25 (3.21)	9	13 (3.22)	3
男性化	1 (0.13)	1	—	—
女性化	—	—	0 (0.00)	0
消瘦	15 (1.92)	7	2 (0.50)	1
發胖	27 (3.46)	3	230 (56.93)	3
其他症狀	61 (7.82)	28	36 (8.91)	7

*此處所列各項副作用係分別詢問，答案不互斥。不過，此處並未就是否確係副作用加以鑑定。依照一般心理，報告副作用發生的比率可能比實際發生比率高一些。

**括弧內數字為回答自覺該項副作用相當「嚴重」者之人數。

若以公、私立醫院結紮手術後失敗懷孕或發生副作用的比率為比較醫療服務的技術品質之標準，

公、私立醫院之間應該是很接近的。依照個案自己的報告，在公立醫院結紮者中有 32.28% 的個案（

51人)表示結紮後有不適的感覺,在私立醫院結紮者中則為32.80%(204人)。

結紮手術實際上有許多不同的種類,不同的手術種類發生副作用的情形自然有可能不同。這是很值得研究的一個課題。不過我們在調查中未能嚴格區別手術的類別,因為恐怕個案不能答覆。但是對於女性結紮個案我們詢問了手術的部位,並以之判定手術的種類。結果,手術部位在「下腹部」(即指一般剖腹手術)、「肚臍下面」(迷你手術)與「陰道內」的個案分別有168案(21.54%)、606案(77.69%)與3案(0.38%)。另有一案表示手術部位是在肚臍上面(亦為迷你手術),有兩案表示不知道。大體上,迷你手術顯然使用得最多,而陰道手術則已很罕見。

迷你手術日益普遍,除了因其程序較簡便外,

另方面的好處可人從其副作用的發生率上看出一些端倪。

表十三的資料顯示迷你手術的副作用似乎比較少。一般剖腹手術與迷你手術個案中分別有38.10%與31.14%的人報告有副作用發生,前者略多於後者。

為了看出副作用發生情形,我們還詢問了個案在手術以後回醫院複診的情形。逾六成的男、女性結紮個案在手術後回醫院接受複診。不過其中大部份是為了拆線或例行複診,或是男士們做精子檢查,僅有少數人是因為身體不適之故。

以男、女性結紮個案因身體不適回醫院複診者的比例來比較,仍然是女性結紮個案有較多的人在手術後感覺到身體不適。這也間接印證男性結紮副作用比女性結紮少。

表十三 手術種類與副作用發生情形

手術種類	有無發生副作用					
	有		無		合計	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
一般剖腹手術	64	38.10	104	61.90	168	100
迷你手術	189	31.14	418	68.86	607	100
陰道手術	1	33.33	2	66.67	3	100
不知道	1	50.00	1	50.00	2	100
總計	255		525		780	100

表十四 結紮後有沒有回醫院複診?

複診理由*	女性結紮手術		男性結紮手術	
	人數	百分比	人數	百分比
沒有複診	285	36.54	152	37.62
有,身體不適	53	6.79	15	3.71
有,為了拆線	253	32.44	180	44.55
有,例行複診	260	33.33	30	7.43
有,做精子檢查	—	—	67	16.58
有,其他理由	8	1.03	0	00.00

* 可以多選。

五、結紮手術對於性生活的影響情形

結紮手術是否會影響到性生活,這是相當受人關切的問題。有許多人,特別是男性,就因為此種顧慮而趑趄不前,不能下決心接受結紮手術。究竟結紮手術會不會對於性生活產生不良的影響?其實,歷來的研究均曾指出,結紮手術對於性生活沒有什麼影響(註八)。本次調查結果也不例外。絕大多數結紮個案都覺得手術後性生活並沒有什麼明顯的差異。只有極少數人感覺手術後比較差,其中男性比女性多些。不過,覺得手術後感覺較好的男士也比女性要多。此外,不論是男紮或女紮,手術後

感覺較好的人數比例都大於感覺較差者。這少數人感覺上的變化與其用生理上的變化來說明不如用心理因素來說明更合理。也就是說，它們不是直接由手術的生理作用所造成。

表十五 結紮手術後對性生活感覺較好或較差的百分比

對性生活的感覺	女性結紮手術	男性結紮手術
感覺較好	10.39	18.81
一樣	83.21	71.04
感覺較差	2.95	6.93
很難說	2.44	2.97
其他	1.03	0.25
總計	100.00	100.00

六、結紮手術的失敗懷孕情形

結紮手術雖說是效果最佳的避孕方法，但是仍難免因為手術時的疏忽、技術水準的參差、個案本身處理的不當，或其他各種可預料或不可預料的因素而導致失敗懷孕。在本次調查中也分別有六名女性結紮手術個案及十五名男性結紮手術個案表示在手術後曾經再度懷孕。計算每百暴露人年(per 100 person-years of exposure)的懷孕數為女性結紮術0.26次(實際懷孕人數為六人，其中有四人實施人工流產，有一人流產，另有一人將胎兒生下)；而在男性結紮術中則為1.3次(實際懷孕人數為十五人，其中有十人實施人工流產，另有五人將胎兒生下)。如果直接從此一懷孕率來比較，男性結紮手術的失敗機會似較女性結紮手術為高。不過，我們不宜依此論定兩者效果孰好孰壞。因為男性結紮手術不是直接對於懷孕者本人實施，因此懷孕不必表示手術失敗。更重要的是，男性的精子可以貯存於貯精囊內，即使在手術以後也仍舊可以導致懷孕。因此，男性結紮手術後必須以其他方式繼續避孕一段時間，然後經過檢驗證明精液中已不再含有精子，才能保證安全。

我們缺少直接資料證明上述男性結紮手術的失敗率是否係由於手術後未曾採取正確避孕措施所致

，不過從手術與失敗懷孕的時間間隔，可約略窺知此一假定是否可能成立。因為如果是貯存於貯精囊內的精子導致的懷孕，距離手術時間自不會太久(註九)，而女性結紮手術的失敗則可能分散在較長的期間內。

在男性結紮後配偶又懷孕的個案中，手術與懷孕時間相隔不遠，平均是七個月，而其中有九人是在六個月內發生的。而女性結紮失敗的個案中其因失敗而致懷孕的時間平均是二十三點七個月，而其中在六個月內發生者僅一人。此一時間間隔上的明顯差異似乎有助於肯定上述假設。

原則上男性結紮手術之後醫護人員都會對個案進行衛教，告知其應採行暫時性避孕，俟經檢驗證明精液中已完全沒有精子，才可以停止。不過衛教的效果並不很理想。當詢及知不知道結紮完初期仍要做其他避孕時，有11.63%的男士們表示不知道。而在知道還要採行其他避孕措施的男士中又有38.10%的人不清楚該在結紮以後繼續避孕多久。這種情形自然容易造成不慎致孕的結果。事實上，在男性結紮個案中，只有16.58%的個案表示曾回到原來的醫院做過精子檢查。

在六名結紮失敗的婦女中，其背景特性似乎顯出某些共同之處。她們居住在較鄉下的地區(住在縣轄市者一人，鎮二人，鄉三人)，教育程度較低(國中一人，國小二人，未受正式教育一人)，職業或農(一人)、或工(三人)、或未就業，年齡以二十五至二十九歲最多，有四人，餘二十至二十四歲及三十至三十四歲各一人。似乎失敗率與社會經濟地位及年齡有負相關。不過，最重要因素可能還是手術本身。全部六位失敗個案均係採用迷你開腹手術，而凡採用傳統式剖腹手術者都沒有失敗的病例。可能迷你手術比較更需要精巧的技術才不會出問題。

值得一提的是，在那些免費接受手術的婦女(七十四人)中並沒有人發生失敗懷孕的情形。

男性結紮個案的失敗情形很難看出什麼規律的關係，除了失敗個案在廿五至廿九歲間似較多外，似乎各種背景特性的個案間沒有什麼明顯差別。倒是大部份失敗個案都是免費個案。是否手術費用與

手術的謹慎、精確程度有正相關呢？這還有待進一步瞭解。

表十六 女性與男性結紮個案失敗懷孕人數按背景特性和性別分

背景特性	女性結紮個案		男性結紮個案	
	失敗懷孕	未失敗懷孕	失敗懷孕	未失敗懷孕
丈夫教育程度				
未入學	0	26	0	3
小學	5	393	5	117
初中	0	121	5	58
高中	1	158	1	124
大專以上	0	76	4	87
妻子教育程度				
未入學	1	68	0	11
小學	4	460	7	173
初中	1	123	4	72
高中	0	92	2	88
大專以上	0	30	2	45
丈夫職業				
無工作	0	12	0	5
軍公教人員	0	28	1	33
其他白領工作	0	266	5	163
售賣推銷	0	35	2	25
勞工	4	313	4	146
農漁業	2	115	3	15
妻子職業				
無工作	2	373	5	719
軍公教人員	0	5	0	8
其他白領工作	0	116	5	89
售賣推銷	0	31	0	18
勞工	3	212	5	91
農漁業	1	36	0	4
丈夫手術時年齡				
15-19	0	1	—	—
20-24	0	6	1	6
25-29	2	164	6	72
30-34	4	332	3	151

35-39	0	152	4	81
40-44	0	59	1	39
45-49	0	27	0	20
50+	0	32	0	20
妻子手術時年齡				
15-19	0	1	0	1
20-24	1	54	2	30
25-29	4	354	8	152
30-34	1	287	4	142
35-39	0	56	1	46
40-44	0	19	0	16
45-49	0	3	0	2
手術時居住地區				
大都市	0	197	5	131
縣轄市	1	123	4	91
鎮	2	158	1	61
鄉	3	296	5	106
手術費用				
0 元	0	74	9	192
30- 500元	1	0	0	24
501- 999元	0	8	0	44
1,000-1,999元	0	54	1	49
2,000-4,000元	1	121	1	24
4,100元以上	0	82	0	7
不記得	4	435	4	48
手術種類				
迷你手術	6	601	—	—
一般剖腹手術	0	168	—	—
陰道手術	0	3	—	—
不知道	0	2	—	—

可附帶提及者，在女性結紮個案中，在公立醫院結紮者中有一人(0.63%)失敗懷孕，而私立醫院結紮者則有五人(0.80%)。在男性結紮失敗個案中，在公立醫院結紮者中有七人(3.15%)結紮後再度懷孕，而私立醫院結紮者則有八人(4.40%)似乎公立醫院較私立醫院的失敗率略低，不過差距並不明顯。

在結紮手術之後，衛生所的家庭計畫工作人員

可能前往訪視。在女性結紮個案中，有 25.64% 的人表示手術後家計人員有來訪視過。但是也有 64.1% 的個案表示手術後家計人員未曾與其聯絡過。在男性結紮個案中，只有 12.62% 男士表示手術後家計人員有來訪視過。有 75.25% 的個案表示手術後未曾遇到家計人員或與其聯絡過。但是，家庭計畫工作人員的訪視既是在手術之後，因此對於手術是否成功似乎沒有什麼影響。

七、結紮手術費用與補助情形

在兩種結紮方法之間，除了在失敗率與副作用發生率上可以做比較之外，還可以比較兩者的手術費用。當然，由於男性結紮手術的程序比較簡單，費用自然也比較低。在家計所民國六十八年的調查中，結紮手術的費用超過二千元的比例分別是女紮 22.4%，男紮 1.2%。而在本次調查中，則分別為女紮 26.15%，男紮 10.4%。表十七的資料顯示男紮的手術費用平均約為六百三十元，而女紮則為二千六百餘元，男紮比女紮的手術費用低了許多。即使將免費者剔除，男紮的平均收費仍然比女紮少了近二千元。

表十七 女性與男性結紮手術費用

金額	女性結紮		男性結紮	
	人數	百分比	人數	百分比
免費	79	10.13	201	49.75
1- 499	1	0.13	25	6.19
500-1,000	8	1.03	44	10.89
1,000-1,999	54	6.92	50	12.38
2,000-2,999	61	7.82	16	3.96
3,000-3,999	61	7.82	9	2.23
4,000-4,999	31	3.97	1	0.25
5,000-5,999	18	2.31	3	0.74
6,000+	33	4.23	3	0.74
不詳	434	55.64	52	12.87
總計	780	100	404	100.00
平均費用*	2,623(3,399)**		632(1,473)**	

* 此處未將費用不詳者加入計算平均數。

**括弧內數字係未將免費者加入計算時之平均費用。

事實上，男紮不但是手術費用比較低，而且被補助的機會也比較多。這顯然是因為男紮接受數較少，補助名額相對較充份所致。

表十八 女性與男性結紮個案受補助情形

補助情形	女性結紮個案	男性結紮個案
完全自費	7.31	3.96
部份補助	81.92	52.72
完全補助	9.49	41.58
無法區分	1.03	1.49
不詳	0.25	0.25
總計	100.00	100.00

不過，在接受部份補助及完全補助的男士中有 99.22% 及 87.82% 個案表示即使沒有補助也會接受手術。只有三位男士表示沒有補助絕不接受手術。而在女性結紮手術個案中，接受部份及完全補助的婦女中分別有 97.05%、90.41% 的人表示即使沒有補助也會接受手術。只有五個人表示沒有補助絕不接受手術。大體上看來，似乎有無補助對於是否接受結紮手術並沒有很大的影響。此一發現可供未來結紮費用補助政策修訂時之參考。

八、手術後有沒有後悔？

接受結紮手術的個案只有極少數人表示會感到後悔。如果不包括曾一度有悔意但是已不再覺得後悔的人，則有 4.9% 的女性結紮個案與 7.2% 的男性結紮個案在手術後覺得後悔。此一比例與國外所發現的情形相當接近（註十）。所以會後悔可能與副作用及失敗懷孕有關。很明顯的，凡是報告有副作用發生的男、女個案都有較多的人表示後悔；而曾經失敗懷孕的個案表示後悔的人也比較多。

儘管有少數個案覺得後悔，但是這並不足以否定其他人對於結紮方法的喜愛。在個案回答最喜歡用什麼方法停止生育時，有 98.85% 的女性結紮個案回答是女性結紮手術，而有 96.78% 的男性結紮個案表示是男性結紮手術。換言之，結紮手術個案中絕大部份人都肯定本身所採用的結紮方法，只有極少數例外。顯然，對於絕大多數結紮個案而言，

結紮手術確實是有其不可抹煞的優點的。

表十九 結紮後有無後悔？

有無後悔	女性結紮個案		男性結紮個案	
	人數	百分比	人數	百分比
從未後悔	724	92.8	362	89.6
開始時會後悔，現在不會	18	2.3	13	3.2
開始時不會後悔，現在有一點	23	3.0	20	5.0
一直會後悔	15	1.9	9	2.2
總計	780	100.0	404	100.0

表二十 有無副作用及有無失敗懷孕與結紮後後悔與否的關係 (單位：百分比)

狀況	女性結紮個案		男性結紮個案	
	後悔*	不後悔	後悔*	不後悔
有無副作用				
有比較嚴重的副作用	11.50	88.50	25.71	74.29
有比較輕微的副作用	10.56	89.44	14.06	85.94
沒有副作用	1.90	98.10	3.61	96.39
有無失敗懷孕				
有	16.67	83.33	20.00	80.00
無	4.78	95.22	6.68	93.32

* 不包括一度後悔但是現在已不後悔的個案。

討論與結語

結紮手術在台灣地區全面推廣僅十餘年，但是它很快就能為一般民衆所接受。不但是接受結紮手術的人數甚衆，在本次研究中，我們更可以看見，結紮手術個案分散在各個層面。以教育程度來看，大專程度、中學、小學，甚至未受教育者都有。雖然婦女的教育程度以國小為最多，但是這顯然只是反映了台灣地區婦女人口的教育程度分佈。以職業分佈情形來說，在女性結紮個案的丈夫與男性結紮

個案中都有相當多白領工作者與勞工。如果再以居住地區來看，都市與鄉村的居民比例也是大體相近。

從接受者的數量與分散的情形來看，可知結紮手術雖然是新事物，但是由於我們社會對之有實際的需要，因此它能很快的被民衆普遍的接受。

不過，在對女性結紮手術與男性結紮手術的接受上却有著極大的差異，就歷年台灣地區男、女性累積結紮素數來看，女性結紮素數將近是男性結紮素數的二十倍。也就是說，雖然結紮手術已經能為一般民衆所接受，但是人們還是普遍認為避孕是婦女的事。在這樣的心態之下，儘管女性結紮手術遠比男性結紮手術要費事、費時、昂貴、手術時可能較疼痛，而且副作用也可能較多，但是人們還是只接受女性結紮而不太能接受男性結紮手術。在這種社會環境下，少數接受男性結紮手術的個案實在代表比較特殊的一群。

我們在比較女性與男性結紮個案夫妻的背景特性時發現，整體而言，男性結紮個案夫妻似乎有比較高的學歷，比較多白領階級，收入比較高，都市居民比較多；而且，從避孕時的子女數或懷孕次數來說，他們也比較早開始避孕，比較早接受結紮手術。此外，男性結紮個案雖然結紮時的平均年齡略高於女性結紮個案（夫妻皆然）。再者，他們的人工流產次數也比較多（反之，死、流產次數則較少）。這似乎意味著男性結紮個案比較傾向於按照自己的主意做事，比較不是順其自然的態度。與女性結紮個案相比，整體來說，男性結紮個案是现代性較高的一群。

大多數接受結紮手術的個案都表示是為了一勞永逸而決定接受結紮手術。此外，也有一些人是因為曾經避孕失敗或是使用其他避孕方法覺得不適而改用結紮方法。在決定停止生育以後，有半數以上的男性結紮個案直接採用結紮方法，但是女性結紮個案則大半是先使用別種避孕方法之後才改用結紮方法。約有四分之一的女性結紮個案表示這次結紮是第一次避孕，而九成以上的男性結紮個案在此以前即曾經避孕。

在接受結紮手術之前大多數個案都已聽說過有人結紮。不過男性結紮個案中也有逾四成的人不知道有誰結紮過。換言之，男性結紮手術還未蔚成風氣，許多人不知道有人接受過男性結紮手術，這可能是很少人接受男性結紮手術的一個次級原因。如果日後男性結紮手術逐漸為人所知，也許會形成類似滾雪球的效果，而使接受人數快速增加。

有半數以上的女性結紮個案在手術前曾受到鼓勵，鼓勵最多來自丈夫，其次是婆婆和母親。男士得到鼓勵的略少，除了妻子的鼓勵之外即以同事、朋友的鼓勵為主。不論是女性或男性結紮個案，都有逾兩成的人曾遭遇反對或勸阻。反對的聲音多半也來自上述那些人，只有配偶是例外。

絕大多數的人在手術前都已徵得配偶的同意。不過，似乎男士鼓勵妻子結紮的比例高於婦女鼓勵丈夫的比例。大多數女性結紮個案不曾考慮由丈夫去結紮，而男性結紮個案則多半曾考慮過由妻子去結紮。由此似可見一般人在觀念上仍偏向認為避孕是婦女的事。男性結紮個案之所以會決定由自己去結紮，主要理由是覺得女性結紮手術較麻煩、副作用較多，或者體念妻子身體較弱。

約有三分之一的女性結紮個案與四分之一的男性結紮個案自認為在結紮手術後有副作用發生，不過在這些人裡面大部份人並不覺得問題很嚴重。

女性結紮個案最常報告的副作用是「月經」方面的問題，此外還有「下腹痛」、「肩腰酸痛」、「生殖器官發炎」，及「頭暈、頭痛」等。男性結紮個案最常提到的副作用是「發胖」，也有一些人出現「生殖器官發炎」的問題。

如果與同次調查中其他避孕方法接受個案的副作用發生率比較，兩種結紮手術的副作用發生率是最低的，而男性結紮又比女性結紮要低。在女性結紮個案中，接受迷你手術的副作用發生率似乎又低於一般剖腹術。

結紮手術對於性生活的影響深受關切。但是事實上，絕大多數結紮個案在手術之後性生活並沒有什麼不同。在覺得不同的人當中，覺得比手術前要好的比覺得較差的人多。男、女性結紮個案之間沒有什麼顯著差異。

男、女性結紮手術仍都有失敗懷孕的情形發生。在每百暴露人年數中，女性結紮個案有0.26個失敗懷孕者，男性結紮個案有1.3個失敗懷孕者。似乎男性結紮手術的失敗較高。不過，從失敗時間與手術時間相距不遠來看，男性結紮手術的失敗至少部份是因為手術未做適當的暫時性避孕所致。在女性結紮個案中，六名失敗懷孕者均係迷你結紮個案，似乎迷你結紮手術更需要具備精巧的技術。

雖然結紮手術仍不免有失敗與副作用的情形，但是絕大多數結紮個案都肯定這項手術。問他們喜歡用什麼避孕方法來停止生育，絕大多數人都回答所接受的該種結紮手術。

此外，我們也同樣發現，只有極少數的人會在手術後感到後悔。感到後悔的人以曾有副作用發生或曾失敗懷孕過者較多。

雖然結紮手術大多有給予補助，但是接受補助的人幾乎都表示即使沒有補助也會接受手術。似乎有無補助對於是否接受結紮手術並沒有很大影響。

在整個接受結紮手術的過程中，家庭計畫工作人員究竟扮演何種角色，不易判定。雖然個案們也有不少人提到在手術前曾得到家庭計畫工作人員的鼓勵，但是這份鼓勵究竟產生何種程度的影響則不得而知。這方面還有待更精細的研究、分析。

在以上的討論中，我們一再比較了女性與男性結紮的種種，就各項利弊逐一加以比較，後者除了失敗率似乎略高於前者外，不論是就時間的損失、手術費用的開支、手術所需忍受的疼痛、副作用的發生率，或副作用的嚴重程度來看，都是後者的缺點比較少。即令就失敗率來比較，如果男性結紮個案能採用適當的暫時性避孕方法避孕，失敗的情形必能顯著減少。此外，我們也可以樂觀的預期，結紮手術的技巧與設備在未來必日益提昇，導因於醫療人員與設備的失敗率自會逐漸降低。而在男性結紮手術與女性結紮手術之間失敗率的差異即使仍然存在，也將是微不足道的。因此，我們也許可以預期，當人們熟知男性結紮手術的情形之後，男性結紮將逐漸蔚成風氣，而成為最主要的避孕方法之一。

本研究的兩個主要缺憾，一是未能對於副作用

的發生做精確的鑑定；一是未能蒐集到足夠的資料，以區分男性結紮手術的失敗中哪些是由於個案未於手術後採行避孕措施所致。由於未對個案的副作用發生情形做精確鑑定，以致於我們不但不能確知個案所報告的副作用是否確係手術所導致，也不能確定究竟副作用是哪一種疾病；此外，如果個案還有其他未報告的副作用情形，我們也不可能察知。因此，在結紮手術與副作用之間，我們還不能夠確定其關係。

由於未能確定結紮失敗的原因，因此無法對於兩種結紮方法做原因別失敗率的比較，無法確定的指出失敗的原因為何。這些問題當在未來的研究中加以改進。

由於不確知男性結紮手術失敗中有多少是由於未採行暫時性避孕，我們也不能確定在女性結紮手術與男性結紮手術之間由於醫療因素所導致的失敗率何者較高。

本報告蒙台灣省家庭計畫研究所研究計畫組及資料處理室同仁協助完成，謹此致謝。

註 釋

一：參見Ross, John A., Douglas H. Huber and Sawon Hong, *Worldwide Trends in Voluntary Sterilization, International Family Planning Perspectives, Vol. 12, No. 2, June 1986, P. 34*。另若依據美國人口危機委員會 (the Population Crisis Committee) 所做估計，全世界育齡夫妻中約有一億三千六百萬對在使用輸卵管或輸精管結紮手術避孕。參見 *Issues in Contraceptive Development, in Population, No. 15, May 1985, p. 2*。

二、參見 Liskin, Laurie, John M. Pile & Wayne F. Quillin, *Vasectomy-Safe and Simple, in Population Reports, 1983, Series D, No. 4, ; 及 Liskin, Laurie, Ward Rinehart, and et al., Minilaparotomy and Laparoscopy: Safe, Effective, and Widely Used, in Population Reports, 1985, Vol. XIII, No. 2.*

三：自民國七十六年四月起，公立醫院結紮補助費調整為女性結紮每案 2,000 元，男性結紮每案 900 元

四：家庭計畫研究與所有公、私立醫院 (診所) 欲從事結紮手術者簽訂合約，規定所有個案均必須填寫記錄聯；由於絕大部份結紮手術均可得到補助，因此填寫個案記錄聯亦有事實上的需要，故記錄聯原則上應可涵蓋絕大部份結紮手術個案。

五、現代化設備共列七項，各項目給分如下 (見括弧內數字)：

電話 (1) 音響 (5) 家用轎車 (8)
錄放影機 (8) 冷氣機 (7) 洗衣機 (1)
熱水器 (3) 如果缺某項設備則該項為零分，將所擁有之設備分數累加後即得到指數分數。各項分數之訂定係依全部個案擁有該項設備的百分比為準，以一乘減，餘數乘上十，並四捨五入取整數即得。

六：參見宋永澧，臺灣地區輸精管及輸卵管結紮手術個案抽樣追蹤調查報告 (於民國六十六年以前手術)，臺灣省家庭計畫研究所「人口與家庭計畫研究報告第十一號」，民國七十年，頁 6。

七：依據民國七十四年「台灣地區各種避孕方法接受者追蹤調查」之結果顯示，個案報告發生副作用的比率分別如下：

口服避孕藥	49.77%
藥膏	48.61%
銅T	45.69%
母體樂	43.91%
輸卵管結紮手術	32.70%
輸精管結紮手術	24.50%

八：同註五，頁 32-33。

九：一般的說法是輸精管結紮手術後超過二個月，或已射精十次後，個案即失去致孕能力。此一時間與次數均非絕對界線，不過可能致孕的時間終究不會離手術時間太久。

十：Philliber, Susan G. & William W. Philliber, *Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review, in Studies in Family Planning, 1985, Vol. 16, No. 1, p. 15.*