



家庭計畫通訊

台灣地區不孕盛行狀況調查初步報告

蔡益堅 劉怡玟

本文係行政院衛生署為瞭解台灣地區在人口結構轉型後之不孕盛行概況，委由本所自民國八十四年五月起至八十五年六月底止之調查結果初步報告，提供各相關機構或人士參考。

作者蔡益堅醫師現就讀台灣大學職業醫學暨工業衛生研究所博士班，任職本所副研究員。劉怡玟小姐係國立陽明大學公共衛生學碩士，現任職本所研究助理。

摘要

不孕症之盛行乃台灣地區在人口結構轉型後所面臨之重要公共衛生問題之一，不孕症防治為我國新家庭計畫之要項，惟有關各種不孕原因、盛行率及就醫診治情形等尚缺乏全國性調查資料，爰由行政院衛生署委由本所自1995年5月起迄1996年6月底，辦理台灣地區不孕盛行狀況調查，共完訪6,939案(完訪率79.2%)於1990年4月結婚迄受訪時結婚約已六年之婦女。扣除再婚、

離婚、先生去世者，有效問卷6,384份結果發現只有138人(2.16%)尚未曾懷孕過，如以婚後第一年未避孕，且有正常性生活，而仍未懷孕者386人計，則婚後第一年之疑似原發性不孕症盛行率為6.41%，而婚後第六年疑似原發性不孕症盛行率約1.95%，疑似續發性不孕症之盛行率約3.13%。未曾懷孕之138人當中只有約三分之二自己懷疑患不孕症，其處理方式以去醫院診所檢查治療居多，次為服用草藥偏方，求神問卜或看風水等。不孕原因女性因素遠多於男性因

素(以丈夫精液問題居多)，女性診斷包括輸卵管因素、子宮內膜異位、子宮內黏連、子宮頸發炎及慢性不排卵等。其診治過程中最感困擾的是擔心治療失敗，次為花時間或時間配合不易，心理害怕做檢查或治療，不知找那一家醫院或醫生，費用負擔，和先生不太願意配合等。其希望政府提供幫助項目則以將不孕症診治納入健保或提供補助居多，次為加強不孕症諮詢服務及提供就醫資訊。不孕婦女約有八成感到自我壓力，有四成自覺有罪惡感，亦有接近四成自覺健康有問題。

前言

台灣地區在成功地推行家庭計畫，人口結構轉型之後，所要面臨的人口問題之一即是不孕症的盛行。根據世界衛生組織⁽¹⁾ (WHO; World Health Organization) 1991年之婦幼衛生暨家庭計畫架構，收集並分析八十九個國家之資料，發現不孕症之發生率從0.4%至66.6%不等，可能因為環境、文化及社會經濟狀況之衝擊所致。Westhoff⁽²⁾ 1991年報告美國從1965年至1982年之不孕症盛行率約在13%至14%之間，而且在黑人中遠高於白人。而台灣地區之不孕症盛行率，依據曾啟瑞⁽³⁾估計在15%以上，其原因依據何師竹⁽⁴⁾等研究以輸卵管因素為最多，次為子宮內膜異位，再次為排卵因素及子宮因素。然依據台灣省家庭計畫研究所1992年「台灣地區家庭計畫與生育保健狀況調查」，顯示育齡婦女不孕症盛行率約僅2.06%⁽⁵⁾，此種差異，主要係由於研究之母群及抽樣方式之不同所致，然以爭議迭起，莫衷一是，為獲得具有全國代表性之完整資料，並兼顧地域性資料庫之建立，以估計台灣地區、各縣市及不同背景特徵夫妻不孕症盛行率，了解不孕症之原因，及不孕夫婦

之態度、心理壓力及就醫情形(包括：求醫地點、方式、花費、時間及結果等)，爰有施行本計畫之必要。

研究材料與方法

本研究調查之母群體係台灣地區於1990年4月結婚之全部婦女，其案數仍缺乏可靠資料⁽⁶⁾，內政部雖有當月辦理結婚登記之案數資料，然因結婚登記日期與實際結婚日期有差距，故無法確知1990年4月實際結婚之案數，依據各地衛生所公共衛生護士赴當地戶政事務所查錄結果，共查錄8,759案，並依本所編訂之「民國八十五年台灣地區婦女生育狀況調查」(台灣地區不孕盛行狀況研究)問卷，問卷內容包括：基本人口學背景(年齡、宗教信仰、籍貫、工作史、家戶組成等)、懷孕史、避孕史、性生活頻率、與丈夫同住情形、期望子女數及性別偏好，以及不孕症就醫檢查治療情形(如花費、檢查、診斷及結果，以及疑似不孕對婦女可能產生之各種影響等)。因係針對同一結婚世代進行全面調查，故未再辦理抽樣。對全部個案進行訪視，訪視前並分區辦理訪員職前訓練，而於1996年2月至4月間施行家訪，1,820案未完訪，其原因包括：結婚登記申請書上之地址經查並無此人，個案遷出地不詳等約占半數，其餘則為拒訪、出國、死亡、屢訪未遇等。共完成6,939案，完訪率79.2%。其中資料完整者6,688份。扣除再婚、離婚或丈夫死亡未再婚者304案，因此有效問卷為6,384份。

資料之初步分析，係以SAS統計軟體施行頻次分配。

本研究經參考Mosher⁽⁷⁾，李鎡堯⁽⁸⁾及小瀧周曹⁽⁹⁾，飯塚理八⁽¹⁰⁾等定義：

(一)「疑似原發性不孕症」為：結婚一年內未避孕，且有正常性生活，而仍未懷孕

者。所謂正常性生活指性關係頻率每個月至少一次或以上，因此頻率每個月不到一次者即算性生不正常。婚後第一年「疑似原發性不孕症」之盛行率 P_1 估計如下：

$$P_1 = \frac{N_1 + M_1 - N_2 UN_3 - M_2 UM_3 - \Delta_1}{6384 - N_2 UN_3 - M_2 UM_3}$$

N_1 ：婚後至受訪當時未曾懷孕者。

N_2 ： N_1 當中在婚後第一年曾避孕者。

N_3 ： N_1 當中在婚後第一年性生活不正常者。

M_1 ：婚後第一年之後才懷孕者。

M_2 ： M_1 當中在第一次懷孕之前曾避孕者。

M_3 ： M_1 當中在第一次懷孕之前性生活不正常者。

Δ_1 ： N_1 或 M_1 當中未回答避孕或性生活頻率者。

(二)而受訪當時婚後約已六年之「疑似原發性不孕症」之盛行率 P_6 之估計如下：

$$P_6 = \frac{N_1 - N_4 UN_5 - \Delta_2}{6384 - N_4 UN_5}$$

N_4 ： N_1 當中從婚後至受訪當時一直避孕者

N_5 ： N_1 當中從婚後至受訪時每年之性生活均不正常者。(因資料有限，在實際分析中，係以婚後第一年及最近一年之性生活頻率均為每個月不到一次者計)

Δ_2 ： N_1 當中未回答性生活頻率者。

(三)同理定義疑似「續發性不孕症」為婚後最近一次懷孕迄受訪當時未避孕，有正常性生活而擔心無法再孕者，其盛行率 P' 估計如下：

$$P' = \frac{M_4 - M_5 UM_6}{6384 - N_1 - M_5 UM_6}$$

M_4 ：曾懷孕而擔心無法再孕者

M_5 ： M_4 當中最近一次懷孕迄受訪時有避孕者

M_6 ： M_4 當中最近一次懷孕迄受訪時性生活不正常者

結 果

一、基本資料

全部完訪之6,384位婦女之基本人口學特性如表一：受訪時年齡在25至34歲的有82.5%，教育程度95%均在國中以上，籍貫以閩南(74%)居多，次為客家及外省，家庭收入最多的是每月4至6萬(33.8%)，次為每月6至8萬(22.2%)。已曾經懷孕者6,246人(97.8%)，只有138人(2.16%)未曾懷孕。

如上述定義分析資料得： $N_1=138$ ， $M_1=620$ ， $N_2 UN_3=36$ ， $M_2 UM_3=330$ ， $\Delta_1=6$ ， $N_4 UN_5=9$ ， $\Delta_2=5$ ， $M_4=333$ ， $M_5 UM_6=142$ ，代入前述公式，得 $P_1=6.41\%$ ， $P_2=1.95\%$ ， $P'=3.13\%$ 。

表二呈現在未曾懷孕之138位婦女中，在避孕史方面，有27.5%曾避孕，其餘72.5%不曾避孕。被問及是否一直和先生同住時，有87.0%回答一直同住，只有12.3%回答曾有超過一個月不住在一起。在性生活方面，有95.7%自認性生活正常，只有3.6%沒有正常性生活；至於性生活頻率，在婚後第一年至少每週一次以上的有79.0%，而最近一年每週至少一次以上的有67.4%。夫妻雙方均希望有小孩者占82.4%，只有一方不希望有小孩者占4.4%，至於雙方均不希望有小孩者占13.2%。在被問到是否懷疑罹患不孕症時，有90人(65.2%)答是，但仍有高達47人(34.1%)的婦女無此疑慮，其原因包括：夫或妻檢查正常(11人)，目前正避孕中(7人)，不想生育(5人)，夫或妻已結紮(4人)，妻子子宮有問題(4人)，以及順其自然(3人)，已繼承足數子女(1人)。

在曾經懷孕之6,246位婦女中，其歷次

懷孕及結果如表三，呈現隨懷孕次序，活產百分比愈來愈低，而打胎及懷孕中百分比愈來愈高，至於流產或死產之合計百分比則是先升後降(8.6%，11.4%，10.7%，10.8%，9.2%)。此外，歷次懷孕當中均有三成至四成的婦女覺得懷孕太早，至於經醫師診治指導或經人工受孕後才懷孕者合起來均在2.7%至6.2%之間，以第一次懷孕6.2%為最高。至於歷次懷孕過程中曾接受衛生局、所人員指導之百分比，均不到1%。至於第一次懷孕時間，發生在結婚之前的有39.9%(包括21.0%在訂婚之後，14.7%在訂婚之前，2.8%沒訂過婚)。

二、未曾懷孕者(A組)與曾懷孕而擔心無法再孕者(B組)之比較

表四呈現A組中自疑不孕者(N=90)與B組(N=333)之處理方式，兩組均以求助醫院診所(求醫)居多，次為草藥偏方，再次為求神問卜、看風水，最末為買調經或壯陽藥物，而且求醫比例在A組均大於B組。至於求醫者當中，夫妻兩人都受檢者的比例A組大於B組，但僅妻子受檢之比例則適相反。

表五呈現A組中自疑不孕而求醫者(N=86)與B組求醫者(N=174)個案所述不孕原因診斷結果之比較，發現A組以丈夫精液問題(25.6%)居多，B組以輸卵管因素(20.1%)最多；比例次高者在A組為輸卵管因素，B組為精液問題；再次A組的子宮內黏膜異位及B組的慢性不排卵。診斷人次總計，屬於男性因素者：A組為27.9%，B組為17.2%；屬於女性因素者：A組86.0%，B組83.9%。兩組接受最多之治療方式前四項均為：排卵藥物、其他、排卵期行房及通水、通氣試驗。除了排卵藥物比例是B組大於A組之外，其餘各項治療方式比例均是A組大於B組。

表六呈現兩組求醫者大約均有54%左右

之診治費用係由保險支付，其求醫之困擾最主要均為擔心治療不好或失敗；其次困擾者在A組為花時間或時間上不太容易配合，在B組為心理害怕做檢查或治療；再其次之困擾者在A組為心理害怕做檢查或治療，在B組為不曉得去那裡就醫。除了「擔心治療不好或失敗」以及「不曉得去那裡就醫」這兩項比例上是B組大於A組之外，其餘各項比例均是A組大於B組。至於兩組曾接受衛生人員協助之比例均未達十分之一，其對政府之建議主要均集中於將不孕症納入健保或提供補助，其次則是加強不孕症諮詢服務或提供就醫資訊。

表七呈現兩組所受到之心理社會層面影響，在自我心象方面：A組中前三項：自覺「罪惡感，讓先生、公婆及父母失望」者竟高達42.0%，自覺健康有問題者36.2%，覺得「自己的人生比較沒有趣味，沒價值」者亦在18.1%。B組前三項：自覺身體健康有問題48.3%，有罪惡感，讓先生、公婆及父母失望者32.1%，做事沒目的，較沒有精神去做12.0%。至於對夫妻性生活或感情，及對公媳或婆媳關係而言，雖有小比例之負面影響——特別是對婆媳關係，但大部份都沒影響，甚至有少數認為有正面影響。至於外在壓力源，兩組均以婆婆居多，次為其他親戚、同事朋友及母親等。

討 論

就本研究設計而言，因限於經費，僅能以某一結婚世代作回溯訪視，無法針對不同結婚世代之育齡婦女進行追蹤調查。除了記憶偏差之外，亦很難排除「漏列受訪名單者、未完訪或拒訪者當中若有較高比例之不孕症個案，將導致疑不孕症盛行率被低估」之可能性。就性生活而言，由於在未曾懷孕者及歷次懷孕者(表二)當中性

生活不正常者之百分比與性生活頻率每個月不到一次者之百分比接近，故吾人定義正常性生活係指性關係頻率每個月至少一次或以上。此外，由於資料所限，吾人無法將受訪者結婚後歷年之疑似不孕症盛行率均估計出，僅求出：婚後第一年內「疑似原發性不孕」之盛行率約為6.41%，婚後第六年疑似「原發性不孕症」之盛行率約1.95%。均與李美玲⁽⁵⁾估計之2.06%不同，可能樣本母群體、抽樣方式、不孕症定義，及對盛行率估計式之分子、分母定義不同所致，亦與Li & Wang在江蘇省⁽¹¹⁾調查結果：婚後兩年以上尚未懷孕者之盛行率為5.0%不同。故婚後第一年與第六年 P_1 與 P_6 相差4.46%， P_1/P_6 為3.29倍。此因台灣地區生殖科技之進步及可近性之提高，部分民眾之不孕症已獲診治。另有191對係想再生育，有正常性生活卻未再孕，因而擔心可能已無法再懷孕者，可能為疑似續發性不孕，據此吾人估計曾經懷孕者之疑似續發性不孕症盛行率 $P'=3.13\%$ 。至於中國婦女不孕症盛行率遠低於美國的10-20%，Li & Wang等人之解釋認為江蘇省性病發生率較低，而且婚姻之一夫一妻制之維持有以致之。此外，Li & Wang認為抽煙也是導致不孕之重要危險因子，另有研究指出職業上的暴露可導致基因、胎兒及生殖系統危害⁽¹²⁾，這是否能用以解釋本研究與江蘇省調查結果之部分差異，尚待進一步研究。

從曾經懷孕者之資料顯示第一次懷孕者當中婚前懷孕比例已達四成，雖顯示社會風氣走向開放，仍值得加強宣導預防。此外人工流產(打胎)之比例隨孕次增加，由第一胎之7.0%增至第五胎之28.2%，是否由於性別偏好者採取選擇性墮胎所致⁽¹³⁾，均值得進一步探討其原因。至於歷次懷孕中孕婦極少求助衛生局所人員，顯示她們已

能就近獲得必須之醫療保健服務。

由於疑似不孕症患者不論屬A組或B組絕大多數均自行求醫，其尋求或獲得衛生局、所工作人員協助之比例均不到十分之一，儘管衛生署宣稱除了人工協助生殖技術及非疾病而施行之永久避孕手術之外，不孕症診療已納保，但以今日生殖醫學科技之進步及資訊傳播之迅速，政府若不能將人工協助生殖技術有限度地納入健保或提供補助，並建立不孕症防治之諮詢網路，很難切中民眾之需求。如Gennaro等⁽¹⁴⁾所稱在醫療成本控制策略下，高科技不孕醫療服務易受侷限，即使在1992年的美國也只有五個州立法將試管嬰兒(IVF)、禮物嬰兒(GIFT)及胚胎植入術(ET)等納保，經濟中上收入之家庭須參加涵蓋不孕症診治項目之私人保險才能負擔得起。而Baird⁽¹⁵⁾則疾呼英國將人工協助生殖技術納入國民醫療服務體系(NHS)當中，以滿足民眾需求。

在治療方式方面，A組求醫、尋求草藥偏方或求神問卜，及夫妻雙方均受檢之比例均高於B組，顯示A組之病情似較B組為複雜，或A組之求醫行為較B組更為積極。至於不孕症之病因，本研究中不論A組或B組均以女性因素居多，再細分類，則女性因素中又以輸卵管因素居多，男性因素則以精液問題居多。而何師竹⁽⁴⁾之研究以排卵因素居多，曾啟瑞⁽³⁾之研究以骨盆腔黏連或輸卵管因素居多，顯然有別。可能本研究對象結婚已近6年，許多人已獲徹底診治，其剩餘之不孕病因及人數分佈，自然與以醫院為資料來源之研究不同，此外，男性因素與女性因素之比例懸殊，其率比(ratio)，在A組為1:3.1，在B組為1:4.9，可能因為受訪者對其先生之不孕狀況並不了解，使得男性因素在本研究中被低估，而且每對不孕夫婦中任一人可能有兩種以上病因。

在未調整資訊偏差(information bias)及診斷人次下，使得女性因素被高估。根據Pennington⁽¹⁶⁾發現非洲南部Herero部落之骨盆腔炎症(PID; pelvicinflammatory disease)獲得控制後，總生育率大為提昇。根據美國疾病管制中心(CDC; Centers for Disease Control)人口學家陳曉暉博士之意見，認為性病是導致世界各國不孕症盛行率增加之主因。可推測未來台灣地區不孕症防治之持續進步，亦有助於提昇總生育率。

至於不孕在心理社會層面之影響，本研究對象最感困擾者為擔心治療失敗，此與李淑杏^(17,18)等之研究以時間因素為最多之困擾所在有別。至於自我心象壓力感受相當高，均與李淑杏^(17,18)及劉春年⁽¹⁹⁾之研究相當符合，顯示不孕的女性。(尤其從未懷孕者)自認在生育上要負較大之責任，而Andrews⁽²⁰⁾等研究亦顯示不孕對女性生活品質之負面影響大於男性，只有專業團隊與不孕夫妻合作，降低不孕症所引起之心理壓力，減輕其對婚姻之衝擊，才能增進不孕夫妻之生活品質。

誌 謝

感謝研究計畫組主任林惠生博士領導本組同仁，協調各組室，從整個計畫之構思、問卷設計、資料處理分析及對本文之撰述所提供之協助及建議。亦感謝孫得雄博士及台中榮民總醫院婦產部陳明哲醫師，在研究設計及問卷撰擬過程之建言。對於台北市立婦幼醫院優生保健科、高雄市家庭計畫推廣中心、及台灣省各縣市衛生局、所工作伙伴在整個計畫施行過程中無怨無悔的努力參與，亦一并表示由衷之謝忱。

參考文獻

- 1.WHO Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. WHO, Geneva, pp 1-72, 1991.
- 2.Westhoff C. The epidemiology of infertility. In: Kiely M (eds) Reproductive and perinatal epidemiology. CRC Press, Boca Raton, pp 43-61, 1991.
- 3.曾啟瑞. 台灣地區不孕人口之研究及人工協助生殖技術之管制(初步報告)。台北：台北榮民總醫院，1990年。
- 4.何師竹，陳智賢，陳明哲等. 中部地區不孕症病因分析及醫療服務模式之探討。台中：台中榮民總醫院，1992年。(DOH 81-003).
- 5.李美玲，林惠生，黃小玲等. 台灣地區家庭計畫與生育保健狀況調查報告。台中：台灣省家庭計畫研究所，1994年6月。
- 6.內政部. 中華民國台灣地區人口統計—民國七十九年，台北：內政部編印，1991年12月。
- 7.Mosher WD, Pratt WF. The demography of infertility in the United States. In: Asch RH, Studd JWW, eds. Annual Progress in Reproductive Medicine. Pearl River, NY: The Parthenon Publishing Group, 1993.
- 8.李鎡堯. 我倆為何不孕？第三版。台北：健康世界雜誌社，1989年3月。
- 9.小瀧周曹著，李常傳譯. 不孕症的原因與治療，初版。台北：世茂出版社，1994

- 年9月。
- 10.飯塚理八著，主婦之友社編。新編不孕症治療法，二版。台北：武陵出版有限公司，1993年12月。
 - 11.Li Y, Wang JL, Qian SZ, et al. Infertility rate in a rural area of Jiangsu Province: an epidemiological survey. *Int J Fertil* 35 : 347-349.
 - 12.Taskinen H. Prevention of reproductive health hazards at work. *Scand J Work Environ Health* 1992; 18 Suppl 2: 27-9.
 - 13.張明正著，劉夏園譯。台灣地區之性別偏好及出生性比例。家庭計畫通訊1993；133：1-13。台中：台灣省家庭計畫研究所
 - 14.Gennaro S, Klein A, Miranda L. Health policy dilemmas related to high technology infertility services. *Journal of Nursing Scholarship* 1992; 24:191-194.
 - 15.Baird DT. Assisted conception on the NHS. *BMJ* 1992; 305:204-205
 - 16.Pennington R, Harpending H. Effect of infertility on the population structure of the Herero and Mbanderu of Southern Africa. *Social Biology* 38(1-2):127-139.
 - 17.李淑杏，李孟智，郭碧照等。接受人工生殖科技治療之不孕症婦女的心理壓力及其相關因子。公共衛生1991; 18(2): 148-162.
 - 18.李淑杏，郭碧照，李孟智等。接受人工生殖科技治療的不孕症夫妻之心理社會反應。台灣醫誌1995; 94: S26-33.
 - 19.劉春年，郭碧照，李茂盛。不孕症婦女之社會心理反應及其相關因素的探討。衛生教育雜誌 1991; 12:1-12.
 - 20.Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 32: 238-253.

表一 受訪者基本資料(N=6,384)

	疑似原發性不孕者 (N=386)		曾懷孕者及其他 (N=5,998)		合 計 (N=6,384)	
	n	%	n	%	n	%
*受訪時年齡						
≤24	13	3.4	433	7.2	446	7.0
25-29	116	30.1	2621	43.7	2737	42.9
30-34	175	45.3	2356	39.3	2531	39.6
≥35	82	21.2	587	9.8	669	10.5
*教育程度						
國小以下	39	10.1	285	4.8	324	5.1
國中	78	20.2	1327	22.1	1405	22.0
高中	193	50.0	3305	55.1	2498	54.8
大專以上	76	19.7	1081	18.0	1157	18.1
籍貫						
閩南	281	72.8	4444	74.1	4725	74.0
客家	49	12.7	786	13.1	835	13.1
外省	48	12.4	654	10.9	702	11.0
原住民	7	1.8	97	1.6	104	1.6
其他	1	0.3	16	0.3	17	0.3
每月家中收入						
<20,000	7	1.8	91	1.5	98	1.5
20,000-39,999	60	15.5	1047	17.5	1107	17.3
40,000-59,999	126	32.6	2031	33.9	2157	33.8
60,000-79,999	83	21.5	1332	22.2	1415	22.2
80,000-99,999	46	11.9	648	10.8	694	10.9
100,000-119,999	33	8.5	432	7.2	465	7.3
≥120,000	24	6.2	366	6.1	390	6.1

* 兩組在受訪時年齡及教育程度上有統計上顯著差異。(卡方檢定 X^2 test, $p<0.001$)

表二 未曾懷孕者與歷次懷孕者性生活狀況

	未曾懷孕者		懷 孕 次 序											
	(N=138)													
	n	%	第一次		第二次		第三次		第四次		第五次			
			(N=6,246)	(N=5,661)	(N=3,271)	(N=1,237)	(N=340)	(N=340)	(N=340)	(N=340)	(N=340)	(N=340)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
性生活														
正常	132	95.7	6122	98.0	5529	97.7	3215	98.3	1186	95.9	319	93.8		
不正常	5	3.6	50	0.8	40	0.7	22	0.7	16	1.3	3	0.9		
*性生活頻率	婚後第一年	最近一年	婚後至這次 懷 孕		上次懷孕結束至本次懷孕之間									
D1 ⁺	5	3.6	—	—	136	2.2	75	1.3	40	1.2	13	1.1	5	1.5
W2-3 ⁺	63	45.7	33	23.9	2836	45.4	2341	41.4	1277	39.0	477	38.6	135	39.7
W1 ⁺	41	29.7	60	43.5	2454	39.3	2443	43.2	1470	44.9	560	45.3	143	42.1
2W1 ⁺	15	10.9	22	15.9	485	7.8	506	8.9	299	9.1	116	9.4	26	7.6
3W1 ⁺	1	0.7	2	1.4	89	1.4	100	1.8	67	2.0	21	1.7	7	2.1
M1 ⁺	7	5.1	8	5.8	132	2.1	134	2.4	81	2.5	35	2.8	11	3.2
M1 ⁻	4	2.9	10	7.2	40	0.6	36	0.6	20	0.6	8	0.6	7	2.1

* D1⁺：每天至少一次

W2-3⁺：每週至少2—3次

W1⁺：每週至少一次

2W1⁺：每二週至少一次

3W1⁺：每三週至少一次

M1⁺：每月至少一次

M1⁻：每月不到一次

表三 曾懷孕婦女之歷次懷孕結果

懷孕過程	懷孕次序									
	第一次 (N=6,246)		第二次 (N=5,661)		第三次 (N=3,271)		第四次 (N=1,237)		第五次 (N=340)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
結果										
活產	5266	84.3	4298	75.9	2083	63.7	658	53.2	172	50.6
流產	442	7.1	541	9.6	300	9.2	120	9.7	25	7.4
死產	95	1.5	101	1.8	49	1.5	13	1.1	6	1.8
打胎	435	7.0	628	11.1	658	20.1	337	27.2	96	28.2
懷孕中	8	0.1	93	1.6	181	5.5	109	8.8	41	12.1
覺得太早有孕	2213	35.5	1739	30.7	1132	34.6	498	40.3	134	39.4
本次懷孕是經過 醫生檢查治療或 指導後才懷孕	363	5.8	220	3.9	101	3.1	30	2.4	11	3.2
是經人工受孕後 才懷孕	22	0.4	13	0.2	6	0.2	4	0.3	1	0.3
在求醫過程中曾 有衛生局、所的人 員提供任何幫助 或指導	36	0.6	29	0.5	14	0.4	7	0.6	—	*

* 案數(N)太少，故未計算%

表四 未曾懷孕(A組)中自疑不孕者(N=90)與曾懷孕而擔心無法再孕者
(B組：N=333)之處理方式比較

處理方式	A組自疑不孕者 (N=90)		B組 (N=333)	
	n	%	n	%
求神問卜、看風水	47	52.2	90	27.0
服用草藥、偏方	54	60.0	109	32.7
去醫院診所	86	95.6	174	52.3
夫妻皆檢查	66	73.3	89	26.7
僅丈夫檢查	1	1.1	2	0.6
僅妻子檢查	19	21.1	82	24.6
買調經或壯陽藥	13	14.4	23	6.9

表五 未曾懷孕(A組)中自疑不孕者求醫者(N=88)與曾懷孕而擔心無法再孕者(B組)中求醫者(N=187)診斷及治療比較

項	目	A組(N=86)		B組(N=174)	
		n	%	n	%
妻子的問題					
A.子宮頸問題					
	子宮頸發炎	7	8.1	13	7.5
	子宮頸閉鎖不全(鬆弛)	—	—	3	1.7
	子宮頸抗體	1	1.2	—	—
	子宮頸裂傷	—	—	—	—
B.子宮問題					
	無子宮(先天性或做子宮切除)	1	1.2	—	—
	子宮先天畸型(雙子宮、雙 ／單角子宮、子宮中隔)	—	—	1	0.6
	子宮內黏連(沾黏)	8	9.3	8	4.6
	子宮內膜發炎	4	4.7	3	1.7
	子宮閉鎖、受損或不全	—	—	2	1.1
	子宮腫瘤	2	2.3	7	4.0
	輸卵管因素	19	22.1	35	20.1
	慢性不排卵	6	7.0	27	15.5
	多發性囊腫卵巢	4	4.7	8	4.6
	早發性卵巢衰竭	3	3.5	5	2.9
	泌乳素過高	2	2.3	13	7.5
	骨盆腔因素	1	1.2	3	1.7
	子宮內膜異位症	16	18.6	16	9.2
丈夫的問題					
	精液問題	22	25.6	28	16.1
	輸精管問題(先天缺損／ 感染後阻塞)	—	—	—	—
	尿道上裂／下裂	—	—	—	—
	射精問題(逆行性射精)	1	1.2	1	0.6
	精索異常(精索靜脈曲張)	—	—	1	0.6
丈夫或妻子的問題：					
	性腺障礙	1	1.2	3	1.7
	性交不能圓滿進行	—	—	4	2.3
	全身性因素	1	1.2	4	2.3
	個人生活習慣不良	1	1.2	4	2.3
	其他	4	4.7	10	5.7
治療方式					
	排卵期行房	36	41.9	52	29.9
	排卯期行房	5	5.8	5	2.9
	抗生素	20	23.3	36	20.7
	女性荷爾蒙	46	53.5	104	59.8
	排卯藥物	—	—	2	1.1
	類固醇藥物	2	2.3	8	4.6
	補充維生素及營養	34	39.5	50	28.7
	通水、通氣試驗	7	8.1	5	2.9
	子宮鏡手術	17	19.8	16	9.2
	腹腔鏡手術	3	3.5	4	2.3
	剖腹手術	3	3.5	2	1.1
	輸卵管整型手術	21	24.4	23	13.2
	人工授精(如配偶或非配偶間)	14	16.3	15	8.6
	人工協助生育技術(如 試管嬰兒、禮物嬰兒等)	18	20.9	32	18.4
	其他				

表六 未曾懷孕(A組)而自疑不孕之求醫者與曾懷孕而擔心無法再孕者(B組)求醫者之費用支付、困擾、獲得協助與對政府之建議

項 目	A組求醫者		B組求醫者	
	n	%	n	%
A.有無保險支付費用	(N=86)		(N=174)	
有	46	53.5	94	54.0
沒有	39	45.3	80	46.0
B.診治過程之困擾				
費用負擔太重，負擔不起	33	38.4	48	27.6
不曉得得去找那一家醫院或 醫生看比較好	36	41.9	80	46.0
先生不太願意配合	26	30.2	39	22.4
擔心治療不好或失敗	52	60.5	111	63.8
花時間，或時間上不太容易 配合檢查治療	50	58.1	77	44.3
心理會害怕做檢查或治療	46	53.5	84	48.3
C.有無衛生局所人員之指導、協助	(*N=138)		(**N=333)	
有	13	9.4	25	7.5
沒有	123	89.1	305	91.6
D.對政府之建議				
把不孕症診治納入健保	27	19.6	48	14.4
由政府提供不孕診治之補助	14	10.1	54	16.2
政府應加強不孕症諮詢服務	9	6.5	28	8.4
提供不孕症診治醫療機構、 醫師名單及看診時間表	8	5.8	42	12.6

*含全部未曾懷孕者

**曾懷孕但擔心可能無法再懷孕者

表七 未曾懷孕(A組)與曾懷孕但擔心無法再孕者(B組)之心理社會關係影響之比較

項	目	A組 (N=138)		B組 (N=138)	
		n	%	n	%
A. 自我心象					
	自己不像個女人，比較沒女人味	21	12.3	18	5.4
	有罪惡感，讓先生、公婆及父母失望	58	42.0	107	32.1
	自己的身體健康有問題	50	36.2	161	48.3
	自己是個不完整的女人	21	15.2	32	9.6
	自己的人生比較沒有趣味、沒價值	25	18.1	37	11.1
	自己對先生比較沒有吸引力	14	12.3	21	6.3
	做事沒有目的，較沒有精神去做	23	16.7	40	12.0
B. 給自己壓力程度					
	沒有	48	34.8	94	28.2
	只是一點點壓力	62	44.9	169	50.6
	很大壓力	25	18.1	62	18.1
C. 外在壓力源					
	丈夫	17	12.3	39	11.7
	公公	23	16.7	28	8.4
	婆婆	38	27.5	76	22.8
	父親	17	12.3	23	6.9
	母親	31	22.5	48	14.4
	其他親戚	38	27.5	60	18.0
	同事朋友	31	22.5	57	17.1
D. 家庭關係					
	對夫妻性生活				
	較好	7	5.1	6	1.8
	無影響	117	84.8	304	91.3
	較差	11	8.0	17	5.1
	夫妻的感情				
	較好	12	8.7	8	2.4
	無影響	111	80.4	300	90.1
	較差	11	8.0	19	5.7
	跟公公的關係				
	較好	1	0.7	—	—
	無影響	84	60.9	247	74.2
	較差	7	5.1	19	5.7
	跟婆婆的關係				
	較好	—	—	3	0.9
	無影響	98	71.0	271	81.4
	較差	17	12.3	26	7.8

註：「不詳」之答案所佔百分比未呈現在表中。

*公公或婆婆已去世之百分比未呈現表中。