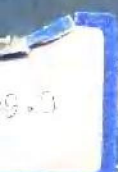


# 输精管结扎术服务的 技术与 管理准则



世界卫生组织

人民卫生出版社

92  
R699.8  
2  
✓

# 输精管结扎术服务的 技术与管理准则

世界卫生组织 编

许 侠 译

陆如山 校

XA9288/16



人 民 卫 生 出 版 社

世界卫生组织委托中华人民共和国  
卫生部由人民卫生出版社出版本文中文版



B

912509

(京) 新登字 081 号

ISBN 92 4 154218 7

© 世界卫生组织 1988

根据《全世界版权公约》第二条规定, 世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利, 应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料, 并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品, 并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较, 已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏, 专利产品第一个字母均用大写字母, 以示区别。

输精管结扎术服务的

技术与管理准则

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社胶印厂印刷

1000 × 1400 毫米32开本

34印张

102千字

1992年12月第1版

1992年12月第1版第1次印刷

## 前 言

本书所述准则的主要目的是向那些在开展和推广输精管结扎术服务工作中负责计划生育和卫生规划的发展与管理的人员提供帮助。这些准则适合于各类人员的要求,其中包括规划管理员、行政官员和提供服务的人们。本书还论及了有关手术程序的基本技术、效果和相关的医疗问题,以便使规划人员对此获得必要的背景材料了解。尽管本书不是输精管结扎术的外科技术培训手册,但它所包括的内容对负责建立和管理输精管结扎术培训规划的人员是很有用的。

编者尽力使这些准则对那些初次开展规划的人员具有实用价值。为此,本书包括了有关规划的组织与管理的单独一章,并在几个附录中提供了一些建议和实例,人们可根据当地的需要进行改编使用。

本准则出版得很及时,这是因为目前世界上许多国家对输精管结扎术的兴趣和要求都在日益增加。60年代,输精管结扎术作为计划生育的一种方法,首先在印度、英国和美国广泛提供使用并赢得了声誉。然而到了70年代,由于简便的女性绝育术方法开始应用,致使一些已经引入输精管结扎术的大多数国家对此方法的应用减少了。在今天,专业人员和公众一样对输精管结扎术又有了新的看法,因为它已被证明是一种简便、安全和经济有效的方法。作为一种有效的计划生育方法,输精管结扎术会对世界各国的卫生和计划生育的目标做出重要的贡献。

本准则只拟阐明怎样通过不同类型的规划和提供服务的途径来扩大输精管结扎术的使用性,如何增强对它的认识,以作为避孕方法的一种选择。本准则综合了全球成功的输精管结扎术规划的经验。这里概述的观点代表着参加1984年6月25日~27日在日内瓦世界卫生组织(WHO)总部召开会议的非正式团体成员和来自世界各地审阅过本书的专家们的一致意见。这本准则具有一定的灵活性,其目的在于阐明一些重要的问题和提出一些适用于各国社会和文化习俗的特别规划的建议。尽管已知正在研制经皮肤注射化学制剂的方法,但本书只限于讨论输精管结扎术的外科方法。

本书前4章论述的规划问题,包括讨论输精管结扎术的作用、利弊、提供服务的途径、规划的创建,准确的信息和有效的传播等方面的重要性。第5~12章为医疗和技术议题,如外科技术、术前和术后的保健、并发症、效率、复通、设备和培训。最后一章论述了有关输精管结扎术的评价和研究问题。

本书是WHO自1976年以来已发表的计划生育技术丛书之一。其他出版物有：女性绝育、<sup>1</sup>人工流产、<sup>2</sup>口服避孕药、<sup>3</sup>可注射用甾体避孕药、<sup>4</sup>宫内节育器、<sup>5</sup>屏障避孕法和杀精子剂。<sup>6</sup>

对本书的意见和有关问题请与Maternal and Child Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland 联系。

---

<sup>1</sup> 《女性绝育：制定服务指南》，日内瓦，WHO，1976（WHO胶印出版物，No. 26）。

<sup>2</sup> 《人工流产：提供保健与服务指南》，日内瓦，WHO，1979（WHO胶印出版物，No. 49）。

<sup>3</sup> 《口服避孕药：技术和安全问题》，日内瓦，WHO，1982（WHO胶印出版物，No. 64）。

<sup>4</sup> 《注射用甾体避孕药：技术和安全问题》，日内瓦，WHO，1982（WHO胶印出版物，No. 65）。

<sup>5</sup> 《宫内节育器：它们在计划生育中的作用》，日内瓦，WHO，1982（WHO胶印出版物，No. 75）。

<sup>6</sup> 《屏障避孕法和杀精子剂：它们在计划生育中的作用》，日内瓦，WHO，1987。

## 致 谢

WHO感谢在编写本准则中得到下列机构的帮助:the World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception(WFHA AVSC)和the Association for Voluntary Surgical Contraception(前the Association for Voluntary Sterilization)。同时也得到了下列人士所提供的宝贵意见:M.Altman博士,Vasectomy Advancement Society of Great Britain,London,England;M.P.de Castro博士,*Promoção de Paternidade Responsável*,São Paulo, Brazil; P. Gojaseni博士, Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand; M.M. Kapur博士, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Hee Yong Lee博士, Institute of Reproductive Medicine and Population, Seoul, Republic of Korea; P.Senanayake博士, International Planned Parenthood Federation, London, England; T.Vaidya博士, Family Planning Association of Nepal, Kathmandu, Nepal。本书初稿也经Editorial Board of WFHA AVSC: A.Rahman博士, Bangladesh; J.Nuñez博士, Honduras; M.Fathalla博士, Egypt; J.C. Cutler博士和B.S. Atkins小姐, United States of America 的评述。最后定稿是由D. Huber博士和 T.W. Jezowski 先生, Association for Voluntary Surgical Contraception, New York和M. M. Kapur博士, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi。

WHO“家庭卫生司妇幼卫生处”十分感谢“联合国人口活动基金”的资助。

# 目 录

|                        |       |
|------------------------|-------|
| 前言                     | [ 4 ] |
| 致谢                     | [ 6 ] |
| 1. 有关规划的一些考虑           | 1     |
| 1.1 导言                 | 1     |
| 1.2 输精管结扎术的作用          | 1     |
| 1.3 历史和当前的趋势           | 3     |
| 1.4 影响可行性和接受性的因素       | 5     |
| 1.5 利弊                 | 10    |
| 2. 输精管结扎术和卫生保健系统       | 14    |
| 2.1 提供服务途径             | 14    |
| 2.2 开展输精管结扎术的外科人员      | 17    |
| 2.3 重要的联系: 受术者随访和医疗转诊  | 18    |
| 2.4 输精管结扎复通: 制定规划的某些考虑 | 19    |
| 3. 输精管结扎术规划的组织和管理工作    | 20    |
| 3.1 组织服务的基本步骤          | 20    |
| 3.2 识别可能的障碍            | 21    |
| 3.3 估计可能的工作量           | 21    |
| 3.4 设施                 | 22    |
| 3.5 受术者的流程             | 23    |
| 3.6 人员配备               | 23    |
| 3.7 筹措资金               | 25    |
| 3.8 成功规划的特点            | 25    |
| 4. 信息、交流和咨询            | 28    |
| 4.1 信息和交流的作用           | 28    |
| 4.2 受术者的做出决定的过程        | 28    |
| 4.3 公众信息和交流            | 31    |
| 4.4 转诊系统               | 34    |
| 4.5 以诊所为基地的信息和交流工作     | 36    |
| 4.6 受术者的评估和咨询          | 37    |
| 4.7 其他信息源              | 41    |
| 5. 术前保健                | 42    |
| 5.1 心理学的筛选             | 42    |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 5.2 医学筛选 .....          | 42 |
| 5.3 实验室检验 .....         | 43 |
| 5.4 术前指导 .....          | 43 |
| 5.5 手术区的皮肤清洗 .....      | 43 |
| 6. 输精管结扎术的操作程序 .....    | 44 |
| 6.1 设备 .....            | 44 |
| 6.2 无菌操作 .....          | 44 |
| 6.3 术前用药 .....          | 44 |
| 6.4 外科操作程序 .....        | 45 |
| 6.5 不用手术刀的输精管结扎技术 ..... | 47 |
| 7. 术后保健 .....           | 48 |
| 7.1 术后即刻的并发症 .....      | 48 |
| 7.2 术后指导和保健 .....       | 48 |
| 7.3 药物处理 .....          | 49 |
| 7.4 随访 .....            | 49 |
| 7.5 精液分析 .....          | 49 |
| 7.6 心理学支持 .....         | 49 |
| 7.7 长期随访 .....          | 50 |
| 8. 并发症和副作用 .....        | 51 |
| 8.1 术中并发症 .....         | 51 |
| 8.2 短期效应 .....          | 51 |
| 8.3 术后并发症 .....         | 51 |
| 8.4 影响并发症发生率的因素 .....   | 52 |
| 8.5 长期的机体效应 .....       | 53 |
| 8.6 心理学效应 .....         | 53 |
| 8.7 死亡率 .....           | 54 |
| 9. 有效性 .....            | 55 |
| 9.1 失败率 .....           | 55 |
| 9.2 失败原因 .....          | 55 |
| 9.3 防止失败的安全措施 .....     | 56 |
| 10. 复通 .....            | 57 |
| 10.1 成功率 .....          | 57 |
| 10.2 影响复通成功的因素 .....    | 57 |
| 10.3 吻合技术 .....         | 58 |
| 10.4 提供服务 .....         | 58 |
| 11. 器械、设备和供应品 .....     | 59 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 11.1 器械 .....                       | 59 |
| 11.2 设备 .....                       | 60 |
| 11.3 维护和后勤 .....                    | 61 |
| 12. 培训 .....                        | 64 |
| 12.1 知识、技术和任务 .....                 | 64 |
| 12.2 培训指导 .....                     | 65 |
| 12.3 对外科培训人员的要求 .....               | 67 |
| 12.4 选择受训人员的标准 .....                | 67 |
| 12.5 受训者的评价和证书 .....                | 67 |
| 13. 评价 .....                        | 69 |
| 13.1 评价的目的 .....                    | 69 |
| 13.2 若干基本的评价原则 .....                | 69 |
| 13.3 评价题目和目标 .....                  | 70 |
| 13.4 非常规研究和调查 .....                 | 71 |
| 13.5 医学研究问题 .....                   | 73 |
| 参考文献 .....                          | 74 |
| 文献目录 .....                          | 77 |
| 附录1. 输精管结扎术规划的技术和基金援助来源 .....       | 78 |
| 附录2. 供输精管结扎受术者使用的问答式小册子的样本 .....    | 82 |
| 附录3. 对受术者术后指导（口头和书面的）的实例 .....      | 85 |
| 附录4. 从UNICEF 可以得到的器材箱 .....         | 87 |
| 附录5. 输精管结扎术培训规划的示范课程 .....          | 89 |
| 附录6. 在输精管结扎术规划中制定和运用受术者医学记录指南 ..... | 94 |
| 附录7. 信息的补充来源 .....                  | 95 |

# 1. 有关规划的一些考虑

## 1.1 导言

输精管结扎术是一种永久性的男性避孕法，通常只需要5～20分钟的外科小手术。术前准备和局部麻醉仅需几分钟。通常手术是在阴囊上做1～2个小切口，以分离输精管（即把精子从睾丸运送到尿道的管子），然后用一种专门的技术阻断闭塞。输精管结扎是一种非常小的外科手术，这种手术相对来讲简便、安全和花费少。此方法避孕效果好，不影响性生活或男性特征，也无任何已知的对健康的危害性。

## 1.2 输精管结扎术的作用

就个人、夫妇、计划生育规划和社区卫生规划而言，输精管结扎术是一种可供选择的避孕方法。对于个人，输精管结扎术是男性承担避孕责任的少数避孕方法之一。对于那些肯定不想要更多孩子的夫妇，输精管结扎术提供了一种替代女性绝育的方法。广而言之，输精管结扎术通过扩大提供避孕方法的范围增加了国家避孕规划的效率。如果那些不想要更多孩子的人能够很容易地接受输精管结扎手术，那么实行有效避孕夫妇的总数可能增加，从而扩大覆盖面。

对国家和社区而言，输精管结扎术是与初级卫生保健战略及规划相适应的。作为一种避孕方法，它是一种预防措施，并不需要受术者连续有意识的参与。利用现有的工作人员、仪器和设施，输精管结扎术可以结合到现有的卫生保健系统中去。输精管结扎术能在卫生保健系统的最基层的设施中进行。由于此手术所要求的技术比较简单，因此它是适于在所有国家开展的一种低费用的选择。护理人员能够广泛参与提供信息，开展咨询、选择对象和进行随访的工作；在某些情况下，他们还能亲自施行手术，让医生们提供其他一些必要的技术和训练的服务，最后，社区可能参与转诊受术者和组织服务的工作。对这种方法感到满意的夫妇和/或男子向社区的其他人员提供信息是非常有效的。

## 1.3 历史和当前的趋势

当今，实际上所有做输精管结扎术的人们都是为了避孕。然而，在18世纪90年代和19世纪早期首次进行的输精管结扎术主要是出自

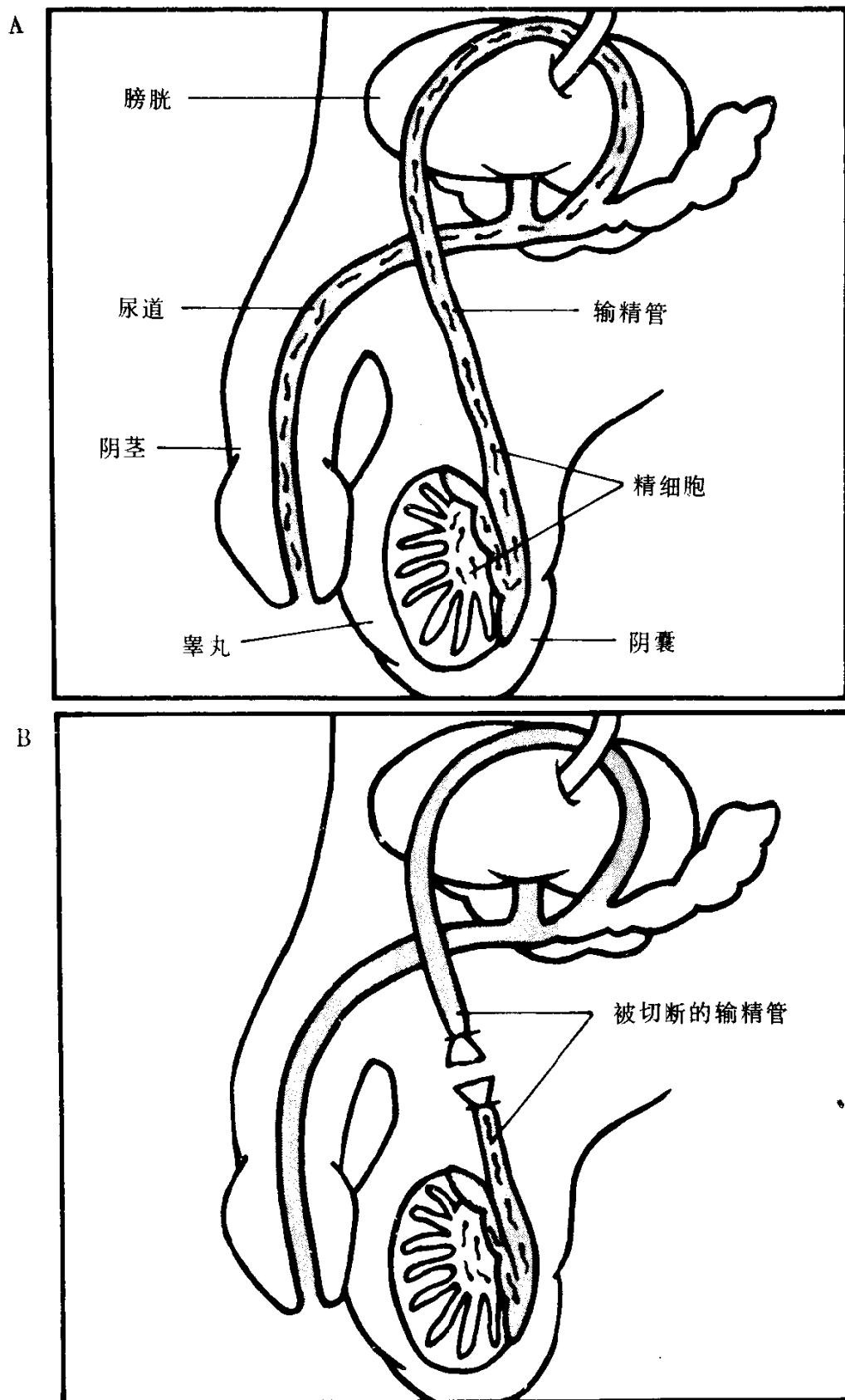


图 1 男性生殖器官侧面图，表明输精管结扎的部位和原理

A 在输精管结扎术前，精子自由地通过男性生殖道。

B 输精管结扎后，输精管被切断，阻止精细胞达到与卵细胞相遇的机会。

非避孕原因。某些早期的手术支持者提议，做输精管结扎术是为了治疗泌尿系和前列腺疾病，治疗阳痿，或是作为一种降低性冲动的可供选择的手术。然而，医学研究已明确证明，输精管结扎术并不具有这些效应〔1，2〕。

在本世纪前半叶，优生学运动的支持者也支持输精管结扎术，他们错误地相信，凡患有某些特殊疾病和身体具有异常特性的男女，无论是进行被迫的或自愿的绝育，都可以减少这些疾病或特性在后代的发生。为此，在某些国家里，提倡对低能者、精神病患者、罪犯和其他不受社会欢迎的一些人进行非自愿的输精管结扎术并予以立法。由于这些过度行为和滥用的结果，现在为了优生目的而进行的非自愿性输精管结扎术几乎在所有社会中都被禁止和受到法律限制〔1〕。

随着输精管结扎术在优生工作中的作用的下降，到了60年代，输精管结扎术在一些国家作为一种永久性的志愿避孕方法而被人们日益赏识和普及。这在印度、英国、美国以及中国四川省尤为突出。到1970年，美国有150万男子为避孕而接受了输精管结扎手术。<sup>1</sup> 印度是第一个将输精管结扎术纳入已制定的计划生育规划中的国家。在1965～1974年间，印度共进行了近550万人的输精管结扎术〔3〕。

从70年代到80年代，在其他许多国家中也将输精管结扎术纳入到计划生育规划中。在孟加拉、中国、尼泊尔、南朝鲜、斯里兰卡、泰国已将其视为重要的避孕方法。在巴西、危地马拉、菲律宾和一些欧洲国家也已在较小范围内开展了此项工作。然而，每年实行输精管结扎术的人数在许多国家中都在发生着变化，例如在南朝鲜、菲律宾，在开始采用此法时情况较好，但由于简化的女性绝育技术的应用和普及，使得实行输精管结扎术的人数不再增加或是有所下降〔4〕。

在70年代后期和80年代早期，全世界，特别是在美国，一些研究者发表了有关对动物进行输精管结扎术实验后出现免疫学反应的报告，这使得接受输精管结扎术的人数有所下降。但后来流行病学研究又不能证实输精管结扎术与男性中出现的疾病之间的任何关系〔5，6〕。所以自1983年起，在美国接受输精管结扎术的人数又有所回升，这在某种程度上应归因于消除了对这些发现的疑虑，也许其他国家也有这种情况。

虽然只是在少数几个国家里输精管结扎手术做得很多，而且在这些国家总的比率也有起落，但据估计，世界上有3300万对夫妇因输精管结扎术而免于妊娠〔5〕。中国和印度，据估计每个国家都有1200万人做了输

<sup>1</sup> Antarsch, L. 和 Ruben, M. U. S. 绝育趋势, 1982～1983, 美国公共卫生协会第112届年度会议简报, 1984年11月11～15日, Anaheim, California。

精管结扎术。其他亚洲国家，特别是孟加拉、尼泊尔、南朝鲜、斯里兰卡、泰国估计接受输精管结扎术的人员还有160万。美国和英国分别有500万和110万对夫妇做了输精管结扎术而避孕。另外在其他几个发达国家，包括加拿大、荷兰和新西兰，也有120万对夫妇以输精管结扎术作为避孕方法。在大多数国家中，做输精管结扎术的人数是非常少的或者可以忽略不计。表 1 提供了某些国家和地区接受输精管结扎术人口的百分比情况。

表 1 在某些国家和地区接受输精管结扎术男子的百分比<sup>a</sup>

| 国家或地区       | 年           | 百分比 <sup>b</sup> |
|-------------|-------------|------------------|
| 亚洲          |             |                  |
| 孟加拉         | 1981        | 0.8              |
|             | 1983        | 1.2              |
| 中国          | 1983        | 6.9              |
| 香港          | 1979        | 1.1              |
|             | 1981        | 1.2              |
| 尼泊尔         | 1976        | 1.7              |
|             | 1981        | 2.9              |
| 南朝鲜         | 1971        | 2.3              |
|             | 1982        | 5.2              |
| 斯里兰卡        | 1975        | 0.7              |
|             | 1982        | 3.6              |
| 泰国          | 1975        | 2.2              |
|             | 1981        | 4.2              |
| 拉丁美洲        |             |                  |
| 哥伦比亚        | 1978        | 0.1              |
|             | 1980        | 0.3              |
| 萨尔瓦多        | 1978        | 0.2              |
| 危地马拉        | 1978        | 0.4              |
| 巴拿马         | 1979 ~ 1980 | 0.4              |
| 北美和欧洲       |             |                  |
| 加拿大         | 1984        | 12.9             |
| 荷兰          | 1971        | 0.3              |
|             | 1976        | 4.2              |
|             | 1981        | 10.0             |
| 英国（英格兰和威尔士） | 1976        | 8.5              |
| 美国          | 1965        | 3.3              |
|             | 1970        | 5.1              |
|             | 1982        | 10.4             |

<sup>a</sup> 根据参考文献 7 和 8 改编。

<sup>b</sup> 这是根据现有已婚育龄妇女计算的，她们的配偶已做输精管结扎术。

一般来说，输精管结扎术是当前大多数亚洲和许多发达国家中的一种永久性避孕方法。然而，在拉丁美洲做输精管结扎术的人数仍相对有限，在若干国家中（包括巴西、哥伦比亚、萨尔瓦多、危地马拉和墨西哥）计划生育规划中的输精管结扎手术已成为可用和可接受的方法。近几年，拉丁美洲国家报告的人数正在增加。在大多数非洲和西南亚国家还未引入输精管结扎术规划。

#### 1.4 影响可行性和接受性的因素

有关男子反对输精管结扎术的原因，一般常有二个解释：第一，男性占统治地位的文化模式或“男子气概”阻碍了男性选择输精管结扎术；第二，男子错误地相信，接受输精管结扎术后对他们的男子气概和/或他们的性生活有消极影响。在最近的讨论会上，公共卫生专业人员报告了对这两种解释的调查结果，和可能影响接受或拒用输精管结扎术的其他因素，以及手术人数波动的情况。他们发现，文化模式和不准确的信息无疑对输精管结扎术的接受性有影响，当然，提供高质量的服务是其中最为重要的一个因素。经验表明，只要能够提供理想的输精管结扎术服务，符合条件的男子都会要求进行手术的〔9, 10〕。

输精管结扎术的可行性取决于卫生专业人员的关注和承担的义务，而他们又受到法律、政策、宗教和其他考虑的影响。图2列举了各种影响可行性和个人接受性因素之间的相互影响。其中若干因素将在下面几页中进行更为详细的讨论。

##### 1.4.1 法律和规章

自愿绝育的法律条款可分成如下四大类。这些类别和各国的分类是根据他们的立法状况而定的，见表2。法律条款在实践中并不总是一种绝对性的准则，因为如果有一个强有力的有利于执行自愿绝育服务的政策，那么往往就忽视了限制性的法律〔8〕。

##### （a）自愿绝育立法——专门法或规定（23个国家）

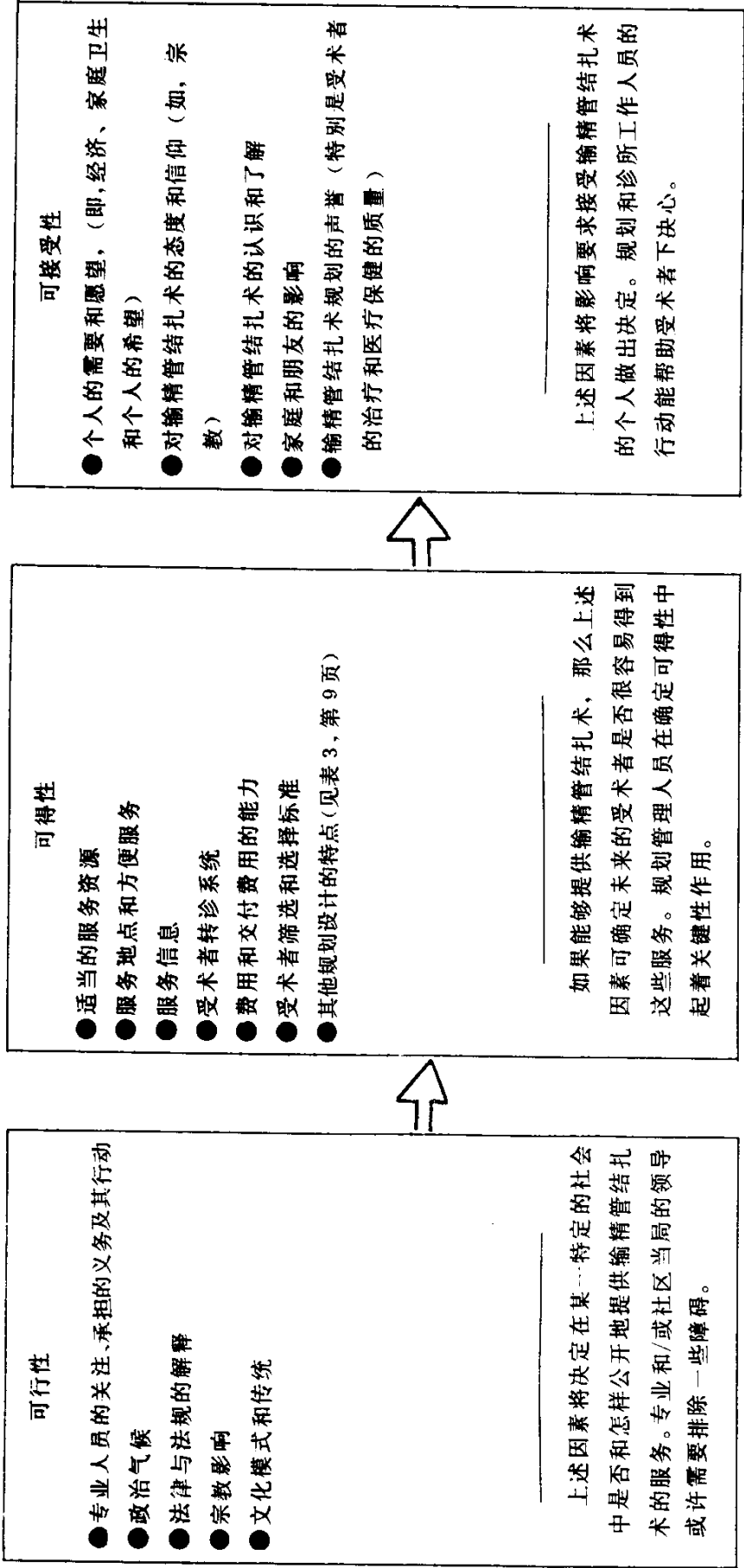
在这些国家中，法律明确地许可那些为了避孕目的而进行的绝育，但有关外科避孕的操作规定可能有所不同。

##### （b）为了避孕允许自愿绝育——法律或规定的解释（52个国家和地区）

在这个最大的类别里，并无特别的法律允许绝育。然而，其他的法律和规定的解释允许为了避孕目的而实行自愿绝育手术。

##### （c）法律条款尚不清楚（29个国家和地区）

在这些国家中，法律和规定的用语可有不同解释。



<sup>a</sup> 此图是由志愿外科避孕孕者协会 (AVSC) 设计的, 并在会议上广为散发, 但从未发表过。这里是得到他们的允许而复制的。

图 2 影响输精管结扎术接受性的某些因素<sup>a</sup>

(d) 允许志愿绝育仅是为了治疗,优生,医学或健康等理由 (28个国家和地区)

在一些国家中,对这些情况进行了广泛的解释,因此,提供适度的志愿绝育是允许的。此外,医生和病人都很难区分到底是为了避孕,还是为了治疗的原因而做绝育手术。

表 2 在一些国家和地区志愿绝育的法规状况<sup>a, b</sup>

| 状 况                                  | 国家或地区                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (a) 志愿绝育立法<br>——专门法/规定               | 澳大利亚(1974); 古巴(1968); 捷克和斯洛伐克(1966, 1971, 1972); 丹麦(1973); 多米尼加共和国(1968, 1972); 厄瓜多尔(1982); 萨尔瓦多(1974, 1979); 芬兰(1970); 德意志联邦共和国(1964, 1976); 冰岛(1975); 新西兰(1977, 1978); 挪威(1977); 巴拿马(1941); 菲律宾(1973, 1976); 波兰(1969); 新加坡(1974); 西班牙(1983); 瑞典(1975); 突尼斯(1973); 土耳其(1983); 英国(1972); 美国(1960, 1970); 南斯拉夫(1951); (克罗地亚, 1978; 斯洛文尼亚, 1977)                                                                         |
| (b) 为了避孕允许志愿<br>绝育——法律/规<br>章的解释     | 澳大利亚(1977); 孟加拉国; 巴巴多斯(1968); 博茨瓦纳; 保加利亚(1968); 加拿大(1979); 中非共和国; 中国; 哥伦比亚(1979); 哥斯达黎加(1976); 塞浦路斯; 埃塞俄比亚(1976); 斐济; 法国(1983); 加纳; 格林纳达; 危地马拉; 圭亚那; 洪都拉斯(1964); 香港; 印度(1963); 伊拉克(1980); 爱尔兰; 以色列; 意大利; 牙买加; 肯尼亚(1968); 莱索托; 卢森堡(1978); 马拉维; 马来西亚; 墨西哥(1973, 1980); 摩纳哥; 莫桑比克(1980); 尼泊尔; 荷兰; 尼日利亚; 巴基斯坦; 巴布亚新几内亚; 葡萄牙(1977); 波多黎各(1974); 南朝鲜(1973); 圣卢西亚; 南非(1980); 斯里兰卡; 苏丹; 瑞士; 特立尼达和多巴哥; 乌干达; 越南; 赞比亚(1965); 津巴布韦 |
| (c) 法律条款尚不清楚 <sup>c</sup>            | 阿富汗(1976); 阿尔巴尼亚(1952); 安哥拉; 阿根廷(1973); 贝宁(1958); 玻利维亚(1972); 布基纳法索; 布隆迪(1970); 喀麦隆(1965); 象牙海岸(1987); 冈比亚; 德国(1963); 几内亚(1965); 海地; 匈牙利; 印度尼西亚(1980); 黎巴嫩; 利比里亚; 毛里求斯; 摩洛哥; 尼日尔(1961); 巴拉圭; 罗马尼亚; 塞内加尔(1965); 塞拉利昂; 斯威士兰; 坦桑尼亚; 苏联(1960); 扎伊尔(1930, 1940)                                                                                                                                                             |
| (d) 允许志愿绝育仅是<br>为了治疗,优生,<br>医学或保健等理由 | 阿尔及利亚(1966); 巴林; 比利时(1958); 缅甸(1963); 乍得; 智利(1974, 1975, 1977); 也门; 埃及; 希腊(1950); 伊朗(1976, 1980); 日本(1948); 约旦(1959); 科威特; 马达加斯加; 马里(1961); 马耳他; 毛里塔尼亚; 蒙古; 尼加拉瓜(1949); 阿曼; 秘鲁(1977); 卢旺达; 沙特阿拉伯(1975); 索马里(1962); 叙利亚; 多哥; 委内瑞拉(1971, 1977); 也门                                                                                                                                                                       |

<sup>a</sup> 经允许改编于参考文献 8。  
<sup>b</sup> 已知重要变化的年代列在括号内。  
<sup>c</sup> 条款不清是因为缺少有关法律和规章的信息,或是信息不清楚或是有矛盾。

支持性立法对输精管结扎术规划有积极作用

约有3/4的世界人口居住在法律赞同实行志愿绝育的地区 (在表 2 (a)和(b)中列出的所有国家和地区,再加上比利时和日本)。然而,在有类似法律的国家里,外科手术的操作可能会有差异。对志愿接受绝育

手术的医学和法律态度，特别是提供绝育服务的医生态度特别重要。同样，法律也常常是在新的医疗实践使用之后而不是在使用之前制定的，特别是象在志愿绝育的领域里，技术和社会政策都在迅速变化。

在最近几年中，立法的变化主要是朝着有利于志愿绝育的方向发展。从1973年到1983年，24个国家改变了他们的法律和规定，从而使以避孕为目的或更容易为其他适应症利用的志愿绝育工作合法化。在这一时期，只有4个国家对各种绝育服务做了修改，从而更为严格地限制使用。

#### 1.4.2 宗教

许多研究表明，在实行输精管结扎手术的地方，宗教信仰或地方习俗不可能影响男子要求进行结扎手术<sup>〔1〕</sup>。输精管结扎术已被许多不同宗教的信徒们所接受。然而，当宗教是少数民族或少数人群的一种重要特征时，在这些人群之间对输精管结扎的要求率可能不同。

尽管宗教似乎在个人决定是否进行输精管结扎术上影响很小，但它对有关服务的提供是有影响的。在一些国家中，如果一种宗教居于主导地位，而它对输精管结扎术又持反对的态度，就有可能鼓励制定法律或规章来限制这样的手术，或者影响舆论使提供保健的人员不愿参与输精管结扎术的规划。然而，并不存在明确的模式，卫生保健管理人员必须自己清醒地评估宗教在国家和当地社区中的重要性。

#### 1.4.3 社会文化因素

长期的文化模式和传统态度，特别是与男女双方有关的习俗的作用，都能影响输精管结扎术的可行性和接受性。在各社会阶层中，妇女对避孕负有重要责任；男子极少参与有关计划生育的决定，并且他们也很少采取避孕措施。男性处于支配地位的传统势力往往不赞成男子选择输精管结扎术。男人的声望和价值是以他能成为许多孩子的父亲来衡量的。误传（例如，把输精管结扎术错误地与阉割或阳萎等同起来）能在很大程度上影响接受该项手术。在上述情况中，计划生育规划有责任去教育男子们和整个社区关于男子在决定和实行计划生育中应起的作用，并且提供有关输精管结扎术性质的准确信息。

---

专业人员的责任和受术者的看法：规划的两个极其重要的方面

---

#### 1.4.4 专业人员的责任

在输精管结扎术服务中，专业人员的参与和领导是先决条件。当然，卫生服务人员的参与是受法律、规章、宗教因素、舆论和其他社会文化