

救貧治貧邁向安和樂利的社會

西元一七九八年，經濟學家馬爾薩斯發表「人口論」，勇敢揭發了「人口的自然增殖必須受到限制，否則人類前途必走入悲慘的境遇」的驚人論點，此論點固備受讚揚，然而馬氏的悲觀論調，一個多世紀以來，却飽受“社會幸福論”的樂觀主義者的攻擊。他們認為，科技的進步使人類得以嶄新的技術，不斷從事大量生產，加以海洋中蘊藏有豐富的資源，人類有能力生活在一種舒適的環境。

然而時至今日，這些樂觀主義者的聲浪已不再如往常一樣理直氣壯了。人口急遽地上升，早已吃掉了傳統的許多魚場和人類苦心經營所增產的糧食，近幾年來，瀟灑如美國者也不得不修正其濶氣作風，不再把農產品視為贈送的項目，「而將其視為一種賺取或和外國交換本國內必需品進口的手段。」馬爾薩斯預言中的悲慘遭遇已逐漸在向人類逼近，人口問題成爲人類生存問題的焦點，一連串爭執與不幸正不斷從這個焦點放射出來，如何防止這種悲慘境遇的到來是人類所該處心積慮思考的。

就開發中國家而言，防止人口的遽增更是迫在眉睫之事，因爲開發中國家，由於社會經濟結構的變遷，往往易在已落伍的農業及礦業所在區，造成結構性失業（Structural Unemployment）和地域性退化現象，哈里頓（M. Harington）在「美國的另一面」中稱這種容易被外界忽視的地域性經濟停滯、孤立狀況爲島嶼貧窮（Insular Poverty）。「這種島嶼貧窮的現象也存在於本省部分地區，如雲林縣、彰化縣沿海偏遠的漁村、澎湖縣境內各離島鄉村、台北縣、宜蘭縣境內已趨沒落的煤礦區、東部山地及全省各山胞特區」。

其次，由於社會經濟結構改變造成人口分佈之畸形、資本主義興起造成財富分配之不均，也極易在開發中國家發生嚴重的醫藥衛生問題。

上述人口問題、貧窮問題與醫藥衛生問題三者是息息相關的。過量的人口增殖會致社會貧窮、衛生環境惡劣、疾病與死亡激增；「貧窮孳生貧窮（Poverty Breeds Poverty）——貧窮的個人或家庭往往會長此貧窮下去，成爲“貧窮產生貧窮的循環現象”。貧窮和低收入家庭往往帶來子女們營養不足、健康不良以及高度患病率」，「貧窮也限制了人們接受高等教育和專業訓練的機會；而貧窮的父母更無力將改善生活所需的良好教育及衛生環境給予他們的子女，貧窮家庭的子女在長期經濟缺乏下便容易喪失改善生活的信心和進取向上的毅力」，從而降低了

人口品質；而良好的醫藥衛生則可保障人類健康，提高人口素質，增進工作力，增加收入，改善貧窮狀況。

今日，人類所面臨的是一個生存的挑戰，人類必須確實把握問題的核心，認清人口問題、貧窮問題與醫藥衛生問題三者是一體的，唯有整體獲得解決，人類才能維持一定的生活水準。

我中華民國近年來，奮發圖強，精猛自治，一直維持着高速的經濟成長率，唯因處在由農業邁向工業的轉型狀態，社會經濟結構發生空前的遽變，一些弊病遂由此發生，目前已嚴重遭遇到上述問題，爲保持經濟成長率，我們認爲今後應迅速謀求對策，斯能躋身高度開發國家之林。

在解決人口問題上，最受鼓勵的是避孕、晚婚等預防抑制，然由於實際需要，馬爾薩斯所反對的殺嬰行爲：墮胎，却也被某些國家合法化，墮胎合法化牽涉的問題太多，受到的反對仍相當激烈。

在推行家庭計劃上，我們已有不少成就，但是因爲以往家庭計劃的績效大多來自知識水準較高、經濟狀況較佳者，偏遠地區的家庭計劃則因困難較多，成效不著，結果人口自然增加率未顯著降低，而人口品質反而低落，因爲這些偏遠地區，往往經濟情況較差，人們缺乏接受高等教育和專業訓練的機會。是以我們主張今後家庭計劃的主力應置於農村、山地、沿海及離島等偏僻地區，廣籌經費、增置家庭計劃工作人員，深入各家庭，大力宣導家庭計劃知識、避孕方法。唯有這些偏遠地區能成功地推行家庭計劃，人口品質才能改善，人口增殖率才能降低。

再者，我們應該知道，台灣地區的人口型態爲增進型（Progressive）人口，幼年人口高達40%以上，兒童比例及人口增加率均偏高，這些幼年人口在十年、二十年後屆婚育年齡時，其生育行爲與態度，將深切影響未來的人口發展，唯有長期性的計劃，以改變這些握有決定權者的生育行爲與態度，我們才能掌握未來人口發展的動向。目前，爲了貫徹這種長程計劃，各國政府都將人口問題納入正式教育體系中，由於這些人口都在國小、國中階段，可塑性大、好奇心強，若能適當地把人口問題列入其課程內，效果一定會較顯著。我國有關人口教育問題，早在民國五十九年底，由許世鉅博士發起，農復會資助，並邀請國防醫學院婦幼衛生示範工作團，師大衛教系、教育部、衛生署以及西門和再興兩所實驗小學，共同組成「幸福家庭」教材研究小組，就我國現行國小各科教科書的內容

社論

加以分析研究，並試編了人口教育的教材，在西門和再與小學進行教學實驗工作，根據實驗結果編就「人口教育觀念納入國小課程初步實驗報告」，現已函請教育部採用。我們以為人口教育乃解決人口問題之要途，應迅速全面實施。

國際家庭計劃總會秘書長亨得生女士（Mrs. Fulia T. Henderson）一九七二年在第十六屆國際福利大會中發表「社會變遷與社會福利的人口發展政策」一文中提到，今天在所有討論人口政策的問題中最基本的問題乃是「我們推行家庭計劃是把它當作一項人權，以及一項獲得家庭健康及福利的措施，或把它當作一項支持經濟及社會發展的措施」。（見本期泓瑞作「漫談人口問題和家庭計劃」）這種從人權觀點出發以推行家庭計劃的觀念，已成為近年來推行家庭計劃的中心思想，政府有責任維護這項基本人權，使為人父母者，能獲得計劃其家庭的知識和方法，而得以自由決定其子女的人數及生育間隔。

台灣地區農村、山地、沿海及離島等偏遠地帶的人口，雖因大量勞動人力及知識分子湧入城市，仍佔總人口數60%以上，這些地區的醫藥衛生若未獲得改善，則我們的醫藥衛生將永遠停留在半開化狀態，這些地區的醫藥衛生狀況是：在山地，衛生所（室）、宗教及社會服務團體為醫療主體，輔以個人價值觀念的改變及經濟能力之許可，並點綴極其少數的開業醫師，這是山地居民的健康所託；在農村，則草藥、藥包、符水、成藥、密醫構成了醫療衛生環境的大雜會。

解決這些貧窮地區醫藥衛生問題的途徑有二，在治療方面是由政府提供大量價格低廉甚或免費的醫療服務，醫療服務雖是醫藥衛生制度的主體，但在貧窮地區却非首要之務，因為除非改善其經濟，貧民將在貧生病、病致貧生生不息的惡性循環下，永遠無法有獨立，操之在我的立場。因貧窮地區醫療衛生的根本癥結在「貧窮」，所以應改善其經濟狀況、增加居民的收入，這在農村與山地，應該設法合理保障其生產利潤，大量投資於公共設施，以改善生產基本條件，研究改進生產技術，降低其生產成本。

由於農業地區大量知識份子外流，造成腦力枯竭、領導人才缺乏，因此亦應設法調整人口移動方向，使多一些受高等教育的人才下鄉服務，至少在這些地區培養出的若干高等人才應留下服務。（見丁春忠作「從醫療方式與影響醫療行為動機的因素看農村地區的醫藥衛生問題」）。

貧窮除與醫療衛生有密切關係外，從人群資源的開發與社會文化的發展看，它也是一個很大的阻礙。

貧窮者往往具有極高度的自卑感，自認在社會上沒有價值；因為經濟和物質的缺乏，使他們的人際關係，只能局限於同輩的貧民，無法伸展至最廣的範圍；在工作觀念上，由於物質上的剝削，精神上的打擊，人際關係上的問題都經驗到負價值的社會代價，所以，他對將來的期待或現今工作的動機，從理論上來說，是低落的。負價值的含義是一種社會刑罰或是社會所不贊同的，個人若是受負價值的侵襲時，其行為的增強必然削減或失掉興趣。貧窮者往往因貧窮帶來的痛苦經驗削減了他們現在的奮鬥能力；貧窮在現代文化社會中被認為是社會競爭失敗的表徵，因此容易產生次級文化意識（Subculture）認為進步的社會與己無關；由於在現實生活的社會中的失敗，貧窮者常把希望寄託於下一代，但因為報償的代價過於遙遠，因此往往容易喪失努力的動機。（見東海大學社會科學研究中心研究叢書，中華民國五十九年十二月出版，李長貴作「貧民的貧窮觀念之分析」）。

這些由貧窮造成的人格缺陷，使得貧民對於社會學習和生活適應更形困難，而使人類資源無法發揮其潛力，為了彌補這種缺陷，「現代國家在發展人群資源的過程中均以健全的社會福利制度為基礎」，建立完善的社會安全制度，加強政府的責任，「政府責任的發展，適足以顯示出人民對生活福利的需要增加，在這種情勢之下，接受政府的救助與服務，無論在社會福利理論及法理方面，均逐漸被視為人民的基本權利（工作權與生存權），而提供人民經濟安全的保障及促進其生活福利也成為政府在職責方面所應履行的義務。」

在社會安全措施中，必須特別注意的是，除了消極的救助貧民外，更應透過積極的方式，「促成貧民（包括父母、兒童及青少年）改變他們的生活態度、行為型態、社會價值觀念」，激起他們自助、自立、自信的意識和行動。這是協助、重建貧窮份子再社會化的有效途徑。」（見洪奇昌作「人群資源與貧窮問題」）。

幾百年來，人類確實有前所未有的輝煌成就，可是也因此孳生了更複雜的問題，這些問題掌握了人類未來的命運，唯有勇敢接受它們、全面性探討它們，人類才不致走向毀滅之途，站在一個開發中國家的立場，我們又何能不戒慎乎？！