



## 人口与发展委员会

## 第三十五届会议

2002年4月1日至5日

临时议程\* 项目3

国际人口与发展会议各项建议的后续行动

**2002年世界人口监测简要报告：生殖权利和生殖健康，特别是人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症（艾滋病毒/艾滋病）****秘书长的报告****摘要**

本报告是根据经济及社会理事会第 1995/55 号决议所核可的人口与发展委员会的职权范围以及按主题和优先顺序开列的委员会多年工作方案而编写的。委员会在其第 2000/1 号决定中决定，委员会 2002 年第三十五届会议的专题应当是“生殖权利和生殖健康，特别是人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症（艾滋病毒/艾滋病）”。

本报告概要叙述了生殖权利和生殖健康所涉某些方面的最新情况，其涵盖议题包括：进入生育期；生殖行为；计划生育；堕胎；产妇死亡率和发病率；性传播的感染；人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症（艾滋病毒/艾滋病）；以及有关生殖权利的政策问题。未经编辑的报告全文初稿已作为工作文件提供，载于 ESA/P/WP.171 号文件。

本报告由联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写，其中包含世界卫生组织和联合国人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症（艾滋病毒/艾滋病）联合方案（艾滋病方案）所提供的资料。

\* E/CN.9/2002/1。

## 目录

|  | 段次      | 页次 |
|--|---------|----|
| 导言 .....                                       | 1-7     | 4  |
| 一. 进入生育期 .....                                 | 8-31    | 6  |
| 二. 生殖行为 .....                                  | 32-58   | 13 |
| 三. 计划生育 .....                                  | 59-90   | 22 |
| 四. 堕胎 .....                                    | 91-121  | 29 |
| 五. 产妇死亡率和发病率 .....                             | 122-142 | 38 |
| 六. 性传染感染 .....                                 | 143-163 | 46 |
| 七. 人体免疫功能丧失病毒/后天免疫功能丧失综合症（艾滋病毒/艾滋病） .....      | 164-200 | 49 |
| 八. 生殖权利 .....                                  | 201-224 | 57 |
| 表  |         |    |
| 1. 某些区域 20 至 24 岁的男子和妇女开始性生活的时间和当时的婚姻状况 .....  |         | 8  |
| 2. 1970-1975 年至 1995-2000 年主要地区和区域总生育率 .....   |         | 13 |
| 3. 按妇女教育水平开列的若干发展中国家的总生育率 .....                |         | 17 |
| 4. 按主要地区和区域分列的具体避孕手段平均普及率 .....                |         | 23 |
| 5. 最近一年所报告的合法的堕胎数量 .....                       |         | 30 |
| 6. 米非司酮(RU-486)的法律状况 .....                     |         | 35 |
| 7. 1995 年按区域分列的产妇死亡率估计数 .....                  |         | 40 |
| 8. 1989 至 1999 年 53 个国家由有技能的助产人员助产分娩比例趋势 ..... |         | 44 |
| 9. 1999 年按区域分列的可治疗性传染感染流行率和年发病率估计数 .....       |         | 46 |
| 10. 2001 年底各区域艾滋病毒/艾滋病统计数字和特征 .....            |         | 50 |
| 11. 2001 年底各区域 15 至 24 岁的青少年艾滋病毒/艾滋病流行率 .....  |         | 53 |
| 12. 1999 年按发展水平分列的有关取得避孕手段的政府政策 .....          |         | 58 |
| 图  |         |    |
| 一. 依最近数据所示男女平均结婚年龄各区域国家的分布状况 .....             |         | 11 |
| 二. 1990 年代后期 15 至 19 岁妇女生育率 .....              |         | 20 |

## 目录 (续)

|  | 页次 |
|--|----|
| 三. 1990年代后期按主要地区分列当时已婚妇女对延长生育间隔和限制生育的<br>计划生育需要获得满足的百分比..... | 28 |
| 四. 1999年或最近年份少女怀孕结果.....                                     | 34 |
| 五. 1980至1999年拉丁美洲若干国家产妇死亡率趋势.....                            | 41 |
| 六. 1980至1997年亚洲若干国家产妇死亡率趋势.....                              | 42 |
| 七. 1974至1997年欧洲若干国家产妇死亡率趋势.....                              | 43 |
| <b>框</b>   |    |
| 《国际人口与发展会议行动纲领》所确定的生殖权利和生殖健康 .....                           | 4  |

## 导言

1. 1999年在纽约召开的关于全面审查和评价《国际人口与发展会议行动纲领》执行情况的大会第二十一届特别会议上，各国政府申明将继续和持续不断地致力于实现《行动纲领》的各项原则、目标和目的，包括与生殖权利和生殖健康有关的原则、目标和目的（见大会S-21/2号决议附件）。
2. 1994年在开罗召开的国际人口与发展会议《行动纲领》（联合国，1995年a，第一章，决议1，附件）对生殖健康做出了综合定义，使其包含生殖系统及其功能和过程的一切有关事项方面的身心健康和社会福祉（见方框）。因此，过去的方式是着重于生殖健康所涉及的具体问题，例如安全孕产、妇幼保健以及计划生育，而现在的生殖保健方式则不仅关心与妊娠有关的健康问题，而且还关心在育龄期以内和以外出现的与生育和性行为有关的健康和人权问题。

### 《国际人口与发展会议行动纲领》<sup>a</sup> 所确定的生殖权利和生殖健康

“生殖健康是指与生殖系统及其功能和过程一切相关事项方面的身心健康和社会福祉，而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此，生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活，有生育能力，可以自由决定是否和何时生育及生育次数。最后所述的这一条件意指男女均有权获知并能实际获取他们所选定的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法，以及他们所选定的、不违反法律的调节生育率方法，有权获得适当的保健服务，使妇女能够安全地怀孕和生育，向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会。按照上述生殖健康的定义，生殖保健的定义是通过预防和解决生殖健康问题促进生殖健康和福祉的各种方法、技术和服务。这也包括性健康，其目的是增进生活和个人关系，而不仅仅是与生殖和性传染疾病有关的咨询和保健。”（第七章，第7.2段）

“铭记上述定义，生殖权利所包括的某些人权已得到各国法律、国际人权文书和联合国协商一致通过的其他有关文件的承认。这些权利的基础在于承认所有夫妇和个人均享有自由、负责地决定生育次数、生育间隔和时间、并获得这样做的基本权利，以及实现性健康和生殖健康方面最高标准的权利。此外还包括人权文件中阐明的人人有在没有歧视、强迫和暴力的状况下作出有关生育决定的权利。在行使此种权利时，他们应考虑到他们已有的和将来的子女的需要以及他们对社会所负的责任。促进所有人负责任地行使这些权利应成为政府和社区支持的生殖健康包括计划生育方面政策和方案的基础。所作的承诺中应包括充分注意促进两性之间互敬公平的关系，特别是满足青少年教育和服务的需求，使他们能够积极地、负责任地对待性的问题。世界上很多人由于下列原因未实现生殖健康：有关人的性知识不足和生殖健康资料和服务不足或不当；高危险性的性行为盛行；带有歧视性的社会习俗；对妇女和女孩的轻视态度；许多妇女和女孩在她们的性生活和生育方面权力有限。多数国家内，青少年由于缺乏资料和有关服务而特别易受伤害。老年男女独特的生殖健康和性健康问题往往没有受到适当注意。”（第七章，第7.3段）

<sup>a</sup> 国际人口与发展会议的报告，1994年9月5日至13日，开罗（联合国出版物，出售品编号E.95.XIII.18），第一章，决议1，附件。

3. 关于生殖健康的广泛定义意味着婴儿及儿童的健康和存活是生殖健康的重要指标。儿童的存活被视为不仅与生产的时间、间隔和数目密切相关，而且与母亲的健康密切相关。青春期是有可能给生育期健康造成损害的一段时期。主要的风险因素包括：过早开始性关系、多重伙伴、较早生育、高风险的性行为、不安全的堕胎<sup>1</sup>以及缺乏基本的保健信息和服务。性传染感染，特别是人体免疫机能丧失病毒（艾滋病毒）和后天免疫机能丧失综合症（艾滋病）对青春期少年构成重大危险。生育期向来是计划生育方案和妇幼保健方案的重点，也已成为感染和死于艾滋病毒/艾滋病的高风险年龄期。在爱滋病十分严重的地方，未受保护的男女性行为以及同多重伙伴的性关系显然是造成这种流行病迅速扩散的最重要因素（艾滋病方案，2000年）。生殖保健方式还认为，生殖健康问题完全有可能在育龄期结束很久之后发生。妇女的更年期有可能引发许多生物和身体方面的变化，可能导致骨骼系统和心血管系统发生变化。男子晚年患前列腺肿瘤比较常见，会损害性功能并导致死亡。无论对男子还是女子来说，较早地开始性活动和多重伙伴会增加患生殖系统癌症的风险。

4. 自从1994年以来，各国政府、民间社会和国际社会都已做出努力，执行在开罗达成的有关生殖权利和生殖健康方面的协议。许多国家还开展了政策、立法和机构方面的变革，以便更好地支持生殖保健计划的执行。对国际人口与发展会议《行动纲领》执行情况的五年期审查和评价表明，在改善生殖健康方面已经取得重大的成就（联合国，1999年a；大会S-21/2号决议，附件）。特别是，对生殖健康的广泛定义正在得到越来越多国家的接受。对计划生育方法的使用日益增加表明，人们有更多的机会获得计划生育，并且越来越多的夫妇和个人可以选择自己子女的数量和间隔。但是，审查也表明，某些国家的进展十分有限，有些地方还出现了一些挫折。生殖保健计划的执行受到操作瓶颈的局限，尤其是在把生殖保健服务纳入初级保健以使所有人有机会获得并能负担得起这些服务方面出现了种种困难。在许多国家的初级保健制度下，青春期少年的性需求和生殖保健需求没有受到充分的注意，许多青春期少年无法获得信息和服务来保护自己的健康以及自由和负责任地做出选择（联合国，1999年b，附件）。

5. 尽管实现生殖保健目标受到种种因素的挑战，但最大的威胁也许莫过于艾滋病毒/艾滋病在全球流行。许多人（尤其是妇女）患有与性传染感染及生育有关的疾病，承受着生殖保健方面的沉重负担，艾滋病毒/艾滋病加剧了这种负担。婴儿和幼童也受到该流行病的影响，他们有的受母亲直接传播，或因母乳喂养而受感染，或因受感染的父母死亡而成为孤儿。因此，2001年6月25日至27日在纽约举行的大会艾滋病毒/艾滋病问题特别会议确认，艾滋病毒/艾滋病流行疫构成一场全球紧急状况，它是人类的生命和尊严受到的最大挑战之一，也是对有效享受人权的巨大挑战之一（见大会S-26/2号决议，其中载有关于爱滋病毒/爱滋病的宣言和评论）。

6. 评价在生殖权利和生殖健康方面所取得的进展需要大量和多方面的数据，但在满足某些数据需求方面已取得很大进展。现在已有大量有关过去被排除在调查之外的性健康和生殖健康方面的数据，而且各种人口调查及健康调查都已收集关于生殖权利各方面问题的资料，包括关于男女的作用和期望、切割女性生殖器官的风俗及侵害妇女的其他形式暴力的数据。有些调查还收集了关于性传染感染的症状以及有关艾滋病毒/艾滋病的知识和实践的资料。由于联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案（艾滋病方案）的不断监测，现已具有关于世界各地艾滋病毒的流行程度和趋势及艾滋病死亡率的大量数据。但是，对生殖保健议程所获进展的监测工作仍然有限，这是因为缺乏关于青春少年的资料，并缺乏关于性传染感染的流行程度和趋势、产妇死亡率和发病率、以及新生儿死亡率等资料。关于育龄期以后的男女生殖健康的数据也十分缺乏。

7. 在这些数据有限的前提下，本报告全面概述了生殖权利和生殖健康的某些方面，特别是艾滋病毒/艾滋病。报告修订了《1996年世界人口监测》中的结论（联合国，1998年），并特别强调艾滋病毒/艾滋病。《1996年世界人口监测》是监测《行动纲领》有关生殖权利和生殖健康目标执行进度的第一份报告。本报告涵盖生殖权利和生殖健康的有关问题，包括进入生育期、生殖行为、计划生育、堕胎、产妇死亡率和发病率、性传染感染、艾滋病毒/艾滋病、以及与生殖权利有关的政策问题。

## 一. 进入生育期

8. 进入生育期是人生的一个关键过渡时期，在这一早期阶段做出的选择和所形成的行为方式通常会影响到以后的人生道路（联合国，1988年，1989年，1998年）。该过渡期的显著特点是出现人生的几件关键大事：青春发育、性启始、结婚、以及开始生育。这些大事所发生的时间、顺序和周围条件等，对每个人的性健康和生殖健康都具有立即和长远的影响。最近的一项研究评议显示，过早的性启始可能带来健康风险，过早的结婚和生育会带来不利影响（艾伦·古特马赫研究所，1998年）。

9. 国际社会对青春少年的生殖保健需求的关切，可以追溯到1984年在墨西哥城举行的国际人口会议。该会议所通过的建议（联合国，1984年，第一章，B节）敦促各国政府确保青春期少年获得足够的教育，包括家庭生活教育和性教育，并确保向青春期少年提供适当的计划生育信息和服务（同上，B三节，建议29）。1994年在开罗举行的国际人口与发展会议上，将青春期少年确定为特别易受伤害的群体，《行动纲领》中有单独的一节专门讨论青少年的生殖保健需求（联合国，1995年a，第一章，决议1，附件，第七章，E节）。1999年，在审查和评价《国际人口与发展会议行动纲领》的执行情况时，人们进一步强调了切实满足青春期少年的生殖保健和性保健需求的重要性（联合国，2000年a）。

10. 人们对青春期少年和青年的生殖健康的关切与日俱增，其原因在于他们的人数众多。根据《世界人口前景：2000 年订正本》（联合国，2001 年 b），世界人口的几乎一半——以及最不发达国家人口的 63%——目前都在 25 岁以下，这意味着在最近的将来将有一支庞大的人口群体进入生育期。被划类为“青年”的人口，即 15 岁至 24 岁之间的年轻人，估计有 10 亿之多，占世界人口的几乎 18%——在较发达地区占人口约 14%，而在不够发达地区占人口近乎 19%。世界青年的绝大多数生活在较不发达地区：61%在亚洲，15%在非洲，10%在拉丁美洲和加勒比。在今后数十年里，该年龄组在全球人口中的相对比重总体上说将会下降，但是在 2030 年之前预计全世界 15 至 24 岁男女的绝对人数将增加 17%，达到 12 亿人。人数增加最多的（84%）将是非洲，预期只有在欧洲这一年龄组人口将会减少。当代和今后几代青年人面临着各种重要挑战，未来世界人口的人数、健康和繁荣状况在一定程度上取决于能否满足青年人的教育和生殖保健需求。

### 经初期

11. 尽管经初期只是性成熟过程的一部分，但在某些社会它仍然是重要的文化标志，意味着女孩结束童年，可以结婚和生育（Mensch、Bruce 和 Greene，1998 年）。根据孟加拉国 1997 年人口和健康调查，该国现有 20 至 24 岁的妇女中有 5%是在 12 岁以前结婚嫁人，47%是在 15 岁以前，这意味着有很大比例的结婚是在经初期开始的前后发生的。不过，在世界多数地方，教育期的延伸已导致性成熟与结婚之间的联系日益脱钩，并导致青春发育和性活动开始与建立家庭之间往往有若干年的间隔。

12. 各国的经初期平均年龄有着相当大的差别（Becker，1993 年；Morabia 和 Costanza，1998 年）。据最近对 67 个国家进行的一次研究（Thomas 和其他人，2001 年）表明，较发达地区的经初期年龄比不够发达地区要低，而且它与社会经济条件、营养状况及识字率具有反向关系。根据这项研究，经初期的平均年龄在欧洲和北美洲是 13.1 岁，拉丁美洲和加勒比为 13.2 岁，大洋洲为 13.6 岁，亚洲为 13.8 岁，以及非洲为 14.1 岁。过去一个世纪以来，较发达地区的经初期年龄已大幅度下降，其速度为每 10 年下降二至三个月，导致一个多世纪以来整体下降了大约三年（Wyshak 和 Frisch，1982 年），但这一趋势似乎已达到了平稳水平。在较不发达地区，经初期年龄在继续下降，这是随着营养和健康状况的改善而发生的（Chowdhury 和其他人，2001 年）。

12. 尽管有文件资料表明，男孩进入发育期的年龄比女孩大约晚两年，但关于男孩青春发育的时间尚缺乏趋势研究报告和国际比较资料，其部分原因是对于表明男性青春发育开始的生物标志尚缺乏标准化工作。不过，零星的证据资料表明，男孩进入青春发育期的时间也普遍趋向于提前（McCauley 和 Salter，1995 年）。青春发育期的提前加上完成正规教育的时间推迟以及较晚结婚，意味着象征过渡到成年阶段的生物标志与社会经济标志之间的间隔日益扩大。

## 性活动的开始

14. 性活动的开始通常都发生在青春期，这是一段成长发育、探索、以及寻找特征的时期，在这段时间特别容易受到伤害，而且在许多情况下，在做出不会有损其性健康和生殖健康的负责任的选择方面容易得到错误信息（Zabin 和 Kiragu，1998 年）。获得生殖保健教育和服务的机会有限，也使他们更加容易发生不想要的怀孕，不安全的堕胎以及染上性传染感染，包括艾滋病毒/艾滋病。关于年轻人性行为的数据一向很少，有关青年男子的数据更是如此。不过在过去十年里，艾滋病毒/艾滋病全球流行的严重性和规模已把性保健问题推向了研究和政策议程的前列，促进了数据的收集和将男子列入调查。由于这种数据收集工作，现在越来越多的文献资料记载世界各地年轻人性启始的时间和所发生条件的变化情况（艾伦·古特马赫研究所，1998 年；Blanc 和 Way，1998 年；Singh 和其他人，2000 年；人口资料局，2001 年；世界卫生组织，2001 年）。

15. 表 1 概要地刊载了某些地区青年男女开始性活动时的年龄和婚姻状况的调查数据。在所显示的所有地区里，在青春期开始性活动是女子的主要模式。20 岁以前性行为活跃的青年女子的比例在非洲最高，其次是在较发达国家，分别为 79% 和 72%，而在拉丁美洲和加勒比最低，为 58%。在十多岁时开始性活动也是男青年的主要行为方式。在 20 岁以前开始性活动的青年男子的平均比例在非洲为 69%，在拉丁美洲和加勒比为 82%。

表 1. 某些区域 20 至 24 岁的男子和妇女开始性生活的时间和当时的婚姻状况

| 区域       | 20 岁前性行为活跃的男女百分比 |    |        |    |    |             |    |    |
|----------|------------------|----|--------|----|----|-------------|----|----|
|          | 国家数量             | 共计 | 18 岁之前 |    |    | 18 至 19 岁期间 |    |    |
|          |                  |    | 合计     | 婚前 | 婚内 | 合计          | 婚前 | 婚内 |
| 男子       |                  |    |        |    |    |             |    |    |
| 非洲       | 18               | 69 | 48     | 45 | 3  | 21          | 17 | 4  |
| 拉丁美洲和加勒比 | 6                | 82 | 65     | 63 | 2  | 17          | 15 | 3  |
| 妇女       |                  |    |        |    |    |             |    |    |
| 非洲       | 25               | 79 | 61     | 31 | 29 | 18          | 9  | 9  |
| 拉丁美洲和加勒比 | 13               | 58 | 38     | 17 | 21 | 20          | 9  | 11 |
| 较发达区域    | 5                | 72 | 50     | 44 | 6  | 22          | 15 | 7  |

来源：艾伦·古特马赫研究所，Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives（1998 年，纽约），第 51 页，附录表 3；以及各种人口与健康调查国别报告。

注：区域平均数未经加权计算，仅基于有关区域的现有数据。

16. 许多青春期少年在开始性活动之前并没有获得有关潜在的健康风险的充分信息，缺乏自我保护的技能，也没有充分获得生殖保健服务的机会。如果性活动是在年龄很小时开始，这种状况就更为严重。令人关切的另一问题是，过小年龄的性活动往往是在非自愿或被胁迫情况下从事的（Heise、Moore 和 Toubia, 1995 年；世界卫生组织，2001 年 a）。根据最近的一些《人口与健康调查》报告，在以下几个非洲国家里目前 20 至 24 岁的女子中超过四分之一是在 15 岁以前开始其性活动的：喀麦隆、中非共和国、乍得、科特迪瓦、几内亚、利比里亚、马里、莫桑比克、尼日尔以及乌干达。在亚洲地区，大多数生殖健康调查都是基于曾经结婚者的抽样情况，但是 15 岁以前婚内性行为活跃年轻女子的比例在印度和尼泊尔占接近五分之一，在孟加拉国达到几乎一半。在拉丁美洲和加勒比地区，15 岁以前的性启始不太普遍，尽管在多米尼加共和国、危地马拉和尼加拉瓜有 10% 至 15% 的年轻女子是在 15 岁以前开始性活动的。在比较发达的地区，美利坚合众国的性启始年龄比其他国家都要早：有 15% 的女青年和 34% 的男青年在 15 岁以前体验第一次性关系（Singh 和其他人，2000 年）。

17. 18 岁以前开始性活动的普遍程度也是生殖健康的有关指标之一，因为心理和情感方面的不成熟往往与冒险行为有关。在非洲地区，目前 20 至 24 岁的女子中 18 岁以前开始性活动者的比例在所调查的 25 个国家中的 18 个国家里达到一半以上，而在喀麦隆、中非共和国、乍得、科特迪瓦、利比里亚、马里、莫桑比克和尼日尔等国超过了 75%。在拉丁美洲和加勒比地区，18 岁以前性活跃的青年女子的比例最低为墨西哥的 28%，最高为尼加拉瓜的 49%。根据现有的数据，在所有的发达国家里（波兰除外），18 岁以前性活跃的青年女子的比例都超过一半。在世界各国的男子当中，18 岁以前开始性活动也十分普遍。根据现有数据，18 岁以前性活跃青年男子的比例在 18 个非洲国家中的 10 个国家里占一半以上，而在所有的拉丁美洲国家里都占一半以上。

18. 如过去的其他一些研究报告所示（Singh 和其他人，2000 年），这些数据与人们长期以来所持的关于男子通常比女子更加性早熟的观点相矛盾。在性启始年龄方面的性别差异格局因地区而异。在非洲，女子开始性活动的时间往往比男子早：在所调查的 18 个国家中的 16 个国家里，20 岁以前性活跃年轻女子的比例要高于青年男子。相反，在拉丁美洲，20 岁以前性活跃青年女子的比例大幅度的低于男子。

19. 虽然在性启始时间方面的性别差异相对较小，而且各地区的差异格局不一致，但在开始性活动时的婚姻状况方面的性别差异方面，各地区普遍差别很大，而且比较一致。表 1 所示的各地区平均数字表明，在那些 20 岁以前性活跃的青年女子当中，非洲占 51% 和拉丁美洲及加勒比占 45% 是在婚前经历这一转折的。与此相比，男子的相应比例在非洲为 90%，拉丁美洲和加勒比为 95%。在亚洲，人们一向假定性活动的开始是在婚内条件下发生的，尽管关于婚前性活动情况的调查数据很少，因为多数的人口调查都是着重对曾结过婚的女子进行的。最近根

据亚洲青年生殖健康调查报告所进行的研究证实，同其他地区相比，亚洲的青年女子有婚前性活动的人数很低，尽管这种青年男子的人数很高（Xenos 和其他人，2001 年）。在比较发达的地区，开始性活动时婚姻状况方面的性别差异往往较小，因为在许多发达国家青年女子和男子性活动的开始主要都是在结婚之前发生的。

20. 若干研究显示，教育对青年人开始性活动的时间和条件状况有着影响作用（Blanc, 2001 年）。人们早已确认，在撒南非洲，女子开始性活动时间较晚与他们的教育水平较高有关，尽管教育与婚前性行为之间的联系因国家而异（Meeters, 1994 年）。在拉丁美洲和加勒比地区，教育水平所导致的性启始时间的差异也往往较大，尤其是受过小学教育的女子与受过中学教育的女子之间的差异较大。不过最近有证据显示，教育对男性和女性的性行为可能有着不同的影响。根据现有的数据，在若干非洲和拉丁美洲国家里，18 岁以前受过中学教育的男子比受过较低教育的男子可能更加性活跃。

21. 家庭环境对青年性活动的开始所产生的影响也日益得到人们的认识（Gage, 1998 年）。父母及其他家庭成员通常在影响年轻人的知识、价值和态度方面发挥着核心作用，包括影响他们有关性健康和生殖健康的知识、价值观和态度。若干研究报告指出，家庭的稳定（Gomez, 1993 年），家庭里父亲的存在（Dittus, Jaccard 和 Gordon, 1997 年），以及父母与青少年子女的沟通（Hutchinson 和 Cooney, 1998 年）等，对开始性活动的时间及冒险行为的减少具有影响力。

22. 关于性启始方面的最近趋势，一些研究报告表明，在若干国家里，性活动的启始时间有所推迟（Blanc 和 Way, 1998 年）。造成这种趋势的部分原因可能包括：受教育期的延长、结婚的延迟以及对过早性启始所带来的健康和社会风险的了解增加。根据现有的调查数据，对各国在两个时间点的调查数据进行研究后证实，最近的趋势是朝向性启始推迟的方向发展：在所研究的 17 个国家中的 13 个国家里，20 岁以前性活跃的青年女子的比例有所下降。在较发达的国家，则普遍存在着稳定的格局。Bozon 和 Kontula（1998 年）审查了 12 个欧洲国家的性行为调查数据后指出，经过 20 年的下降之后，1980 年代初期以来多数国家的女子性启始时间一直保持稳定。

23. 虽然在许多国家里性启始的年龄在不断上升，但总体来说结婚年龄却提高得更多，从而导致差距日益扩大。结果，婚前性活动已整体上变得更加普遍，无论在较发达地区还是在一些不够发达的地区都是如此（Carr、Way 和 Smith, 2001 年）。例如，在哥伦比亚，20 岁以前婚前性行为活跃青年女子的比例已从 1995 年 35% 上升到 2000 年的 49%。

## 结婚

24. 在所有社会里，结婚标志着人生的一次重大转折。尽管在许多环境里结婚已不再同性活动的开始同时发生，但婚姻仍然是生育和抚养子女的主要环境条件。结婚的时间一直受到研究人员及政策制订者的日益重视，因为它对一个人的人生



27. 各地区在结婚时间方面有着较大的差异，特别是妇女的差异较大（联合国，2002年）。在非洲，妇女的结婚中间年龄尼日尔为17.6岁，而在博茨瓦纳、阿拉伯利比亚民众国、纳米比亚、南非和突尼斯等国则超过26岁。亚洲地区妇女的结婚中间年龄也有着很大的差异，阿富汗和孟加拉国大约为18岁，而日本、缅甸、大韩民国和新加坡则在26岁以上。在拉丁美洲和加勒比地区，结婚年龄一般比其他不发达地区要晚。只有在古巴、洪都拉斯和尼加拉瓜，妇女的结婚中间年龄为21岁以下。在欧洲和北美洲，人们以晚婚为主，尽管东欧各国的结婚年龄通常比欧洲其他国家要早。在芬兰、法国、冰岛、爱尔兰、挪威和瑞典等国，女性的结婚中间年龄是30岁或以上。

28. 男女结婚年龄方面的差异在非洲最大，在那里这种差异平均为5岁，而在亚洲为3.2岁，在欧洲和北美洲以及拉丁美洲和加勒比为2.8岁。在若干非洲国家，例如在布基纳法索、刚果、科特迪瓦、冈比亚、几内亚、马里和毛里塔尼亚等国，以及在某些亚洲国家，例如阿富汗，男性和女性之间结婚中间年龄的平均差距在7岁以上。配偶年龄差距较大促成了不平等的权力关系，加剧了妇女的依赖性，并往往限制了妇女在涉及自己性健康和生殖健康方面的决策权(Mensch, Bruce 和 Greene 1998年)。

29. 关于结婚情况的最近演变趋势，文件资料表明世界多数地区都趋向推迟婚姻(Singh 和 Samara, 1996年)。人们普遍认为，对教育的日益强调在推动这一趋势方面发挥了重要作用(Jejeebhoy, 1995年；联合国，1995年 b; Lloyd 和 Mensch, 1999年)。在世界范围内，过去10年里女子第一次结婚的中间年龄上升了1.6岁，男子则上升了1.2岁。推迟婚姻的状况在欧洲和北美洲最为突出，这两洲的结婚中间年龄无论是男子还是女子都提高了大约2.5岁。最近的一项研究还表明，自1990年代初期以来，欧洲的经济转型期国家里结婚年龄出现了大幅度上升，而这些国家人们结婚历来都较早(联合国儿童基金会，1999年)。在非洲，结婚的中间年龄也已提高，女性平均提高1.6岁，男性提高了0.8岁。若干国家中晚婚趋势十分显著，特别是在非洲北部。在贝宁、佛得角、科特迪瓦、苏丹和突尼斯，妇女结婚的中间年龄增加了二岁多，而在阿尔及利亚、埃塞俄比亚和摩洛哥增加三岁多。在亚洲地区，妇女结婚年龄总体上升是1.2岁，男子上升0.9岁，而在某些国家，例如在印度尼西亚、日本、缅甸和菲律宾，女性结婚的中间年龄上升了将近2岁。在拉丁美洲和加勒比地区，男子和女子的结婚中间年龄平均都增加了1.2岁，不过尽管在某些国家，例如在智利、哥伦比亚、多米尼加共和国、萨尔瓦多、海地、洪都拉斯和巴拉圭，女性的结婚中间年龄实际上略有下降。

30. 结婚的风俗在各社会之间有着很大的不同，结婚安排的类型对法定权利、义务以及社会给予配偶及子女的保护也有着重要影响。在世界某些地方，自愿的结合是社会所承认可接受的生育和抚养子女的环境条件。同居现象的增多已成为较发达国家内第二次人口过渡的最显著特点之一(Klijzing 和 Macura, 1997年；

Kiernan, 1999 年; Bumpass 和 Lu, 2000 年)。虽然在许多社会里同居都构成作为婚前试验期的无子女阶段,但在其他国家,例如在斯堪的纳维亚各国和法国,双方自愿的结合与婚姻结合在生育行为方面正变得日益相似 (Brown 和 Dittgen, 2000 年)。在丹麦、芬兰、法国和瑞典,20 至 24 岁的青年女子中至少有五分之一是以自愿结合的关系生活。

31. 双方自愿的结合并非只是发达国家才有的现象。在拉丁美洲和加勒比,正式婚姻与自愿结合的共存长期以来一直是婚姻关系的显著特点 (De Vos, 2000 年)。在哥伦比亚、多米尼加共和国、萨尔瓦多、海地、洪都拉斯、牙买加、尼加拉瓜、巴拿马和秘鲁,15 至 19 岁和 20 至 24 岁的女子中自愿结合的比例实际上超过合法婚姻关系的比例。若干研究显示,就生育模式来说,该地区的自愿结合与婚姻结合非常类似,尽管在解除结合或婚姻时,自愿结合给妇女和子女提供的法律保护和财政支助要少 (Quilodran, 1999 年)。自愿结合在许多撒哈拉以南非洲国家也比较普遍 (Thiriart, 1999 年)。在博茨瓦纳、佛得角、中非共和国、利比里亚、莫桑比克、卢旺达和圣多美和普林西比,15 至 24 岁的女子中自愿结合的比例超过合法婚姻的比例。

## 二. 生殖行为

### 生育水平和趋势

32. 过去十年中,大多数国家的生育率持续下降。全球生育率从 1985 至 1990 年每名妇女 3.4 个子女下降到 1995 至 2000 年 2.8 个子女 (表 2)。较发达区域的生育率从 1985 至 1990 年每名妇女 1.8 个子女下降到 1995 至 2000 年每名妇女平均 1.6 个子女,大为低于更替水平。欠发达区域的平均总生育率从 1985 至 1990 年每名妇女 3.8 个子女下降到 1995 至 2000 年 3.1 个子女。这些平均数中没有计算区域内和区域间的巨大差别。

表 2. 1970-1975 年至 1995-2000 年主要地区和区域总生育率

| 主要地区、区域或集团          | 1970-1975 年 | 1985-1990 年 | 1990-1995 年 | 1995-2000 年 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 世界                  | 4.5         | 3.4         | 3.0         | 2.8         |
| 较发达区域 <sup>a</sup>  | 2.1         | 1.8         | 1.7         | 1.6         |
| 较不发达区域 <sup>b</sup> | 5.4         | 3.8         | 3.4         | 3.1         |
| 最不发达区域              | 6.6         | 6.0         | 5.7         | 5.5         |
| 非洲                  | 6.7         | 6.0         | 5.6         | 5.3         |
| 东非                  | 7.0         | 6.7         | 6.3         | 6.1         |
| 中部非洲                | 6.3         | 6.6         | 6.5         | 6.4         |
| 北非                  | 6.3         | 4.8         | 4.1         | 3.6         |
| 南部非洲                | 5.5         | 4.1         | 3.5         | 3.3         |
| 西非                  | 7.0         | 6.7         | 6.4         | 5.9         |

| 主要地区、区域或集团 | 1970-1975年 | 1985-1990年 | 1990-1995年 | 1995-2000年 |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| 撒南非洲       | 6.8        | 6.4        | 6.1        | 5.8        |
| 亚洲         | 5.1        | 3.4        | 2.9        | 2.7        |
| 东亚         | 4.5        | 2.4        | 1.9        | 1.8        |
| 中南亚        | 5.6        | 4.4        | 4.0        | 3.6        |
| 东南亚        | 5.5        | 3.7        | 3.2        | 2.8        |
| 西亚         | 5.6        | 4.7        | 4.2        | 3.9        |
| 欧洲         | 2.2        | 1.8        | 1.6        | 1.4        |
| 东欧         | 2.2        | 2.1        | 1.6        | 1.3        |
| 北欧         | 2.1        | 1.8        | 1.8        | 1.7        |
| 南欧         | 2.5        | 1.6        | 1.4        | 1.3        |
| 西欧         | 1.9        | 1.6        | 1.6        | 1.5        |
| 拉丁美洲和加勒比   | 5.0        | 3.4        | 3.0        | 2.7        |
| 加勒比        | 4.4        | 3.1        | 2.7        | 2.5        |
| 中美洲        | 6.4        | 3.9        | 3.4        | 3.0        |
| 南美洲        | 4.7        | 3.2        | 2.8        | 2.6        |
| 北美洲        | 2.0        | 1.9        | 2.0        | 2.0        |
| 大洋洲        | 3.2        | 2.5        | 2.5        | 2.4        |
| 澳大利亚/新西兰   | 2.6        | 1.9        | 1.9        | 1.8        |
| 美拉尼西亚      | 5.8        | 4.9        | 4.8        | 4.4        |
| 密克罗尼西亚     | 4.8        | 3.8        | 4.1        | 4.3        |
| 波利尼西亚      | 5.5        | 4.1        | 3.7        | 3.2        |

来源：《世界人口前景：2000年订正本，第一卷，综合表》（联合国出版物，出售品编号：E.01.XIII.8）

<sup>a</sup> 包括欧洲、北美洲所有区域以及澳大利亚、新西兰和日本。

<sup>b</sup> 包括非洲、亚洲（除日本外）、拉丁美洲和加勒比所有区域以及美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚。

33. 北部非洲生育率下降得特别快，在1985至1990年到1995至2000年十年之间总生育率下降的幅度达每名妇女减少1.2个子女。同一时期其他欠发达区域的下降幅度不等，在中部非洲每名妇女减少0.2个子女，而东南亚和中美洲每名妇女减少0.9个子女。在发达区域，欧洲生育率原来就很低，又下降到每名妇女1.4个子女的水平，北美洲的生育率从1985至1990年每名妇女1.9个子女增加到1995至2000年每名妇女2个子女。从全世界来看，过去十年中目前的生育率水平和过去的生育率趋势之间似乎没有联系：在每一级生育水平上，有些国家生育率迅速降低，另一些国家的生育率则保持不变。

34. 同1970年代相比，按生育率水平分类的国家分布已发生很大变化。到1990年代末，有50个国家的生育率水平达每名妇女5个子女以上，其中大部分国家

在撒南非洲。在这 50 个国家中，有 15 个国家的生育率没有出现任何下降的迹象，它们都在撒南非洲，总人口达 1.5 亿，除一个国家外，都是最不发达国家。不过，其余 35 个国家的生育率已开始呈下降趋势。

35. 到 1990 年代末，有 46 个发展中国家的总生育率为每名妇女 3 至 5 个子女，并且还在下降，其中有 15 个非洲国家、10 个拉丁美洲和加勒比国家和 5 个大洋洲国家。同 1960 年代、1970 年代和 1980 年代期间曾经历类似生育率下降阶段的国家相比，这些国家生育率最近下降的平均速度似乎已减缓（为每年每名妇女 0.1 个子女）。

36. 亚洲两个人口众多的国家，印度和孟加拉国的生育率下降的速度已经放慢。从 1960 年代至 1970 年代初，印度的生育率徘徊在每名妇女 5.5 至 5.7 个子女之间，后来在 1980 年代末下降到每名妇女 4 个子女左右。不过，在 1990 年代期间印度生育率每年下降的速度放慢到每名妇女 0.01 个子女，在 1990 年代末达到每名妇女 3.3 个子女的水平。孟加拉国的总生育率从 1971 至 1975 年每名妇女 6.3 个子女下降到 1991 至 1993 年每名妇女 3.4 个子女（每五年每名妇女平均减少 0.8 个子女），但是从那时以来，基本稳定在每名妇女约 3.3 个子女的水平上。生育率较高的（每名妇女 3.5 个子女以上）许多拉丁美洲和加勒比国家，特别是萨尔瓦多、海地、巴拉圭和秘鲁的生育率下降速度也已放慢。另一方面，阿尔及利亚、约旦和阿拉伯利比亚民众国等几个发展中国家 1990 年代的生育率急剧下降。

37. 1990 年代后期，有 26 个发展中国家的总生育率在每名妇女 3 个子女以下，但超过更替水平，其中包括巴西、哥伦比亚、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、墨西哥、南非、土耳其和越南。在这十年期间，这组国家生育率的趋势有很大差别。以色列和巴拿马的总生育率稳定在每名妇女 2.9 至 3.1 个子女的水平上。伊朗伊斯兰共和国的总生育率急剧下降，从 1984 年每名妇女 6.6 个子女减少到 1996 年每名妇女 2.5 个子女，1990 年代的下降速度尤其迅速（Abbasi-Shavazi, 2001 年）。越南的总生育率从 1960 年代每名妇女 7 个子女以上减少到 1980 年代后期每名妇女 4 个子女左右和 1990 年代中期每名妇女 2.3 个子女。巴西的生育率持续迅速下降：总生育率从 1965 年每名妇女 5.7 个子女减少到 1989 至 1991 年每名妇女 3.7 个子女和 1996 年 2.3 个子女（Bozon 和 Enoch, 1999 年）。

38. 这些趋势进一步扩大了发展中区域内部和区域之间生育率的差异。非洲的生育率水平尤其两极分化。从 1980 年代以来，北非的总生育率迅速下降，马格里布已成为低生育率区，而大多数撒南非洲国家还没有全面达到其他区域生育率下降的幅度。现在亚洲大部分区域的生育率都不高。人口众多的东亚已成为生育率低于更替水平的区域，但是西亚和南亚部分地区仍有局部高生育区。同其他主要区域相比，拉丁美洲和加勒比区域的总生育率平均水平较低，并且国家间的差别也较小。

39. 世界上约有 44%的人口生活在生育率低于更替水平的国家。由于中国属于这个群体，生育率低于更替水平的发展中国家人口（15 亿）超过生育率低于更替水平的发达国家人口（12 亿）。许多国家生育率的下降幅度比预期的大得多。23 个欧洲国家、亚美尼亚、古巴、日本、大韩民国和中国两个特别行政区（香港和澳门）的总生育率目前处于或低于每位妇女 1.5 个子女的水平。

### 生育率的年龄格局

40. 在发达国家生育率下降初始阶段，年长妇女比年轻妇女的生育率下降速度快，造成平均育龄降低。几个发展中国家也出现了类似的变化格局，虽然因婚龄上升年轻妇女的初始生育率下降，但年长妇女的生育率下降幅度更大。不过，这不是普遍规则。主要地区和区域的生育率年龄格局的变化各不相同。

41. 在非洲，年长妇女和年轻妇女的生育分布基本均匀，但是在大多数其他主要地区，近三分之二的孕育在 30 岁以前发生。欧洲区域育龄格局的范围特别广。在东欧，30 岁以下妇女占总生育率的 79%，而在西欧，相应的比例为 56%。1990 年代非洲和拉丁美洲的育龄格局没有多大变化，而欧洲所有地区、特别是南欧以及东亚的育龄格局明显老化。

42. 年轻妇女把育龄推迟到 30 岁出头、甚至将近 40 岁，这批人减少生育成为生育率低于更替率的年龄格局特征。因此，平均育龄不断增加。大批人推迟生育可能造成短期生育率迅速降低，但随后这批人再生育又会造成短期生育率暂时上升。因此，假设年轻时没有生育的年长妇女（30 岁以上）恢复生育的比例是确定短期总生育率未来趋势的重要因素（Bongats 和 Feeney，1998 年；Lesthaeghe 和 Willems，1999 年）。

43. 生育间隔过短和 18 岁以下或 34 岁以上妇女生育对母女都有损害健康和造成死亡的危险。妇女在生殖期刚开始和结束时怀孕较容易患上生殖性疾病并造成生殖性死亡。38 个发展中国家 1990 年代后期的数据表明，许多非洲国家、孟加拉国、印度、多米尼加共和国和尼加拉瓜有 10%以上新生儿的母亲在 18 岁以下。数据还表明，在所有发展中国家大部分生育间隔都不到两年。亚洲生育间隔过短的比例特别高：印度尼西亚生育间隔不足 24 个月的比例为 10%，而约旦为 35%。拉丁美洲和加勒比的生育间隔也普遍很短，调查的大多数国家有大约 20%至 25%的生育间隔不到两年。撒南非洲许多国家的生殖行为，特别是延长母乳喂养，限制了生育间隔过短的现象：在调查的 19 个国家中，有 13 个国家生育间隔小于 24 个月的比例在 20%以下。

### 影响生育率下降的因素

44. 社会的工业化、城市化和现代化，包括普及教育、提高儿童存活率和越来越多地采用避孕用品，都是生育率降低的主要动力。这些社会变革具体部分的不同

组合影响生育率下降的速度，从而影响目前的生育水平。在生育率下降一开始就处于较高发展水平的国家生育率下降的速度最快。

45. 教育在促使生育率下降方面发挥的决定性作用已得到广泛证明。教育，特别是妇女的教育可提供知识，增加对信息和新闻媒体的接触、培养有酬就业技能，增加妇女参与家庭决策的机会并提高妇女时间的机会成本。主要通过妇女控制自己生育的能力来赋予妇女权力和自主权改变了妇女的生殖行为。教育也是影响第一次结婚年龄和使避孕手段这两大直接的生育决定因素的一个重要方面。即使接受几年正规教育也会产生差异：在大多数国家，受过初等教育的妇女比没有受过教育的妇女生育的子女少（联合国，1995年b）。

46. 表3列举了51个发展中国家分属不同教育层次的妇女生育水平。从这些国家1990年代后期的平均总生育率看，受过中等或高等教育的妇女比没有受过教育的妇女生育的子女少2.7个，这项差别同整个生育水平没有关系。此外，按教育程度分类的国家生育率在各地区内和地区之间的差别并不一致。在非洲和亚洲，没有受过教育的妇女和至少受过中等教育的妇女在总生育率方面的差别程度不同，印度尼西亚和约旦的差别值为每名妇女0.1个子女，而巴林、布基纳法索、佛得角、阿曼和阿拉伯联合酋长国的差别达4个子女。

表3. 按妇女教育水平开列的若干发展中国家的总生育率

| 国别        | 调查年份 | 共计  | 教育程度 |      |         | 差额<br>(没受教育-中等教育或以上) |
|-----------|------|-----|------|------|---------|----------------------|
|           |      |     | 没受教育 | 初级教育 | 中等教育或以上 |                      |
| 非洲        |      |     |      |      |         |                      |
| 贝宁        | 1996 | 6.3 | 7.0  | 5.0  | 3.2     | 3.8                  |
| 布基纳法索     | 1999 | 6.8 | 7.1  | 5.4  | 2.9     | 4.2                  |
| 喀麦隆       | 1998 | 5.2 | 6.6  | 5.3  | 3.6     | 3.0                  |
| 佛得角       | 1998 | 4.0 | 6.9  | 3.5  | 2.2     | 4.7                  |
| 科摩罗       | 1996 | 5.1 | 5.8  | 5.3  | 3.6     | 2.2                  |
| 埃及        | 2000 | 3.5 | 4.1  | 3.4  | 3.2     | 0.9                  |
| 厄立特里亚     | 1995 | 6.1 | 6.9  | 5.5  | 3.0     | 3.9                  |
| 埃塞俄比亚     | 2000 | 5.9 | 6.2  | 5.1  | 3.1     | 3.1                  |
| 加纳        | 1998 | 4.6 | 5.8  | 4.9  | 2.8     | 3.0                  |
| 几内亚       | 1999 | 5.5 | 5.9  | 4.8  | 3.5     | 2.4                  |
| 肯尼亚       | 1998 | 4.7 | 5.8  | 4.8  | 3.5     | 2.3                  |
| 阿拉伯利比亚民众国 | 1995 | 4.1 | 5.2  | 3.9  | 3.3     | 1.9                  |
| 马达加斯加     | 1997 | 6.0 | 6.8  | 6.5  | 4.2     | 2.6                  |
| 马里        | 1996 | 6.7 | 7.1  | 6.5  | 4.1     | 3.0                  |
| 摩洛哥       | 1995 | 3.3 | 4.0  | 2.4  | 1.9     | 2.1                  |
| 莫桑比克      | 1997 | 5.6 | 5.8  | 5.7  | 3.7     | 2.1                  |
| 尼日尔       | 1998 | 7.5 | 7.8  | 6.7  | 4.6     | 3.2                  |
| 尼日利亚      | 1999 | 5.2 | 6.1  | 5.6  | 4.9     | 1.2                  |

| 国别        | 调查年份 | 共计  | 教育程度 |      |         | 差额<br>(没受教育-中等<br>教育或以上) |
|-----------|------|-----|------|------|---------|--------------------------|
|           |      |     | 没受教育 | 初级教育 | 中等教育或以上 |                          |
| 塞内加尔      | 1997 | 5.7 | 6.3  | 5.2  | 3.1     | 3.2                      |
| 苏丹        | 1993 | 4.6 | 5.4  | 5.2  | 3.6     | 1.8                      |
| 多哥        | 1998 | 5.4 | 6.5  | 4.8  | 2.7     | 3.8                      |
| 突尼斯       | 1995 | 3.2 | 4.2  | 2.7  | 1.6     | 2.6                      |
| 乌干达       | 1995 | 6.9 | 7.0  | 7.1  | 5.2     | 1.8                      |
| 坦桑尼亚联合共和国 | 1996 | 5.6 | 6.5  | 5.1  | 4.9     | 1.6                      |
| 赞比亚       | 1996 | 6.1 | 6.8  | 6.7  | 4.5     | 2.3                      |
| 津巴布韦      | 1999 | 4.0 | 5.2  | 4.5  | 3.4     | 1.8                      |
| 亚洲        |      |     |      |      |         |                          |
| 巴林        | 1995 | 3.2 | 7.0  | 3.7  | 3.0     | 4.0                      |
| 孟加拉国      | 1997 | 3.4 | 3.8  | 3.3  | 2.6     | 1.2                      |
| 印度        | 1999 | 2.9 | 3.5  | 2.6  | 2.0     | 1.5                      |
| 印度尼西亚     | 1997 | 2.8 | 2.7  | 3.0  | 2.6     | 0.1                      |
| 约旦        | 1997 | 4.4 | 4.6  | 4.5  | 4.5     | 0.1                      |
| 科威特       | 1996 | 4.1 | 5.7  | 5.1  | 3.4     | 2.3                      |
| 黎巴嫩       | 1996 | 2.4 | 3.6  | 2.7  | 1.7     | 1.9                      |
| 阿曼        | 1995 | 7.1 | 8.6  | 7.5  | 3.8     | 4.8                      |
| 菲律宾       | 1998 | 3.7 | 5.0  | 5.0  | 3.3     | 1.7                      |
| 卡塔尔       | 1998 | 3.9 | 6.5  | 4.0  | 3.7     | 2.8                      |
| 沙特阿拉伯     | 1996 | 5.7 | 7.4  | 5.6  | 4.6     | 2.8                      |
| 阿拉伯叙利亚共和国 | 1993 | 4.2 | 5.3  | 3.8  | 2.8     | 2.5                      |
| 土耳其       | 1998 | 2.6 | 3.9  | 2.6  | 1.6     | 2.3                      |
| 阿拉伯联合酋长国  | 1995 | 4.9 | 7.3  | 5.3  | 3.3     | 4.0                      |
| 也门        | 1997 | 6.5 | 6.9  | 4.7  | 3.1     | 3.8                      |
| 拉丁美洲和加勒比  |      |     |      |      |         |                          |
| 玻利维亚      | 1998 | 4.2 | 7.1  | 5.8  | 2.7     | 4.4                      |
| 巴西        | 1996 | 2.5 | 5.0  | 3.0  | 1.5     | 3.5                      |
| 哥伦比亚      | 2000 | 2.6 | 4.0  | 3.6  | 2.4     | 1.6                      |
| 多米尼加共和国   | 1996 | 3.2 | 5.0  | 4.3  | 2.6     | 2.4                      |
| 厄瓜多尔      | 1999 | 3.4 | 5.6  | 4.2  | 2.9     | 2.7                      |
| 萨尔瓦多      | 1998 | 3.6 | 5.0  | 3.6  | 2.4     | 2.6                      |
| 危地马拉      | 1999 | 5.0 | 6.8  | 5.2  | 2.9     | 3.9                      |
| 尼加拉瓜      | 1998 | 3.9 | 6.1  | 4.1  | 2.7     | 3.4                      |
| 巴拉圭       | 1996 | 4.4 | 6.9  | 4.7  | 2.4     | 4.5                      |
| 秘鲁        | 1996 | 3.5 | 6.9  | 5.0  | 3.0     | 3.9                      |

来源：人口与健康调查（马里兰，卡尔弗顿；Macro International, Inc.）。

47. 在表 3 中, 近一半国家受过中等教育的妇女的总生育率低于每名妇女 3 个子女。特别是在拉丁美洲, 所有 10 个国家中接受教育较多的妇女总生育率为每名妇女 3 个子女或 3 个子女以下, 巴西每名妇女仅生育 1.5 个子女。同以前的数据相比, 受过各类教育的妇女, 包括没有接受教育的妇女的生育率都下降了。例如, 加纳没有接受教育的妇女的生育率从 1988 年的每名妇女生育 7.1 个子女减少到 1998 年的 5.8 个子女。接受中等教育或中等教育以上的妇女生育率从 1988 年每名妇女 6.8 个至 4.9 个子女减少到 1998 年的 2.8 个子女 (联合国, 1998 年 a)。通过接受教育减少了生育率, 而提高婚龄和使用避孕用品等其他因素也减少了生育率。

48. 欧洲和北美洲国家生育率下降同婚生子女减少、婚龄提高、离婚率增加和同居流行等因素有关, 而东亚国家生育率下降的因素仅限于婚生子女减少和婚龄提高。导致低于更替水平的不同生殖行为格局的因素很复杂。个人各方面自主权的提高导致价值观点的变化, 这与流行的生活方式是一致的, 人们自主选择婚姻和同居, 可以自由地生育婚生或婚外子女, 单独或同伴侣一起抚养子女, 也可以早生、晚生或不生子女 (McDonald, 1994 年; Lesthaeghe 和 Willems, 1999 年; Vande Kaa, 1999 年)。这些社会变革的具体部分可能会对生殖行为产生不同影响。在生育率低于更替率的社会中, 生殖行为的较小变化会改变人口增长的方向, 并会决定人口缓慢老化还是迅速老化, 因此, 特别有必要进一步了解生育率低于更替率的趋势和格局。

### 少女生育问题

49. 早育, 特别是 18 岁以下少女生育造成产妇死亡的危险比平均值高得多, 年轻母亲的子女发病率和死亡率都较高。早育还可能葬送年轻妇女的教育前途, 威胁到她的经济前景、收入能力和整体福利。年轻母亲给子女留下的可能是健康不良、教育不足和低水平的生活, 造成一种难以打破的贫穷周期。

50. 据估计, 1995 至 2000 年期间, 全世界每年有大约 1400 万 15 岁至 19 岁的少女生育; 其中有 1280 万是发展中区域的少女生育的子女。1995 至 2000 年期间, 全世界少女生育率达每千名妇女 54 个子女。在较发达的区域, 少女生育率是每千名妇女 29 个子女, 而在欠发达区域, 少女生育率几乎翻了一番, 达每千名妇女 58 个子女。一般而言, 撒南非洲区域的少女生育率最高 (每千名妇女 132 个子女), 欧洲区域的少女生育率最低 (每千名妇女 25 个子女)。如图二所示, 各大区域目前的少女生育水平不尽相同。

图二. 1990年代后期 15至19岁妇女生育率

国家排序

发达区域

拉丁美洲和加勒比

亚洲 非洲

15至19岁妇女每千人生育率

来源: 联合国秘书处人口司。

51. 同其他区域相比，非洲国家的少女生育率最高，生育率的差别也最大。此外，在拥有 1990 年代两点时间数据的 20 个国家中，6 个国家的少女生育率增加：乍得、几内亚、肯尼亚、马达加斯加、尼日尔和津巴布韦。其余 14 个国家的少女生育率在 1990 年代下降，其中 6 个国家每千名妇女减少生育 20 个子女以上。虽然喀麦隆、科特迪瓦、尼日利亚和塞内加尔的生育率大幅度下降，但是 1990 年代后期按年龄划分的 15 岁至 19 岁少女的生育率还在每千名妇女 100 个子女以上。

52. 在许多亚洲国家，婚龄提高和婚前生育率低导致少女生育水平低。28 个亚洲国家的少女生育率在每千名妇女 50 个子女以下，但是有 10 个亚洲国家的少女生育率超过每千名妇女 100 个子女。在拥有 1990 年代两点时间数据的 25 个亚洲国家中，有 5 个国家的生育率每千名妇女减少 20 个子女以上。

53. 拉丁美洲和加勒比大多数国家的少女生育率在每千名妇女 50 至 100 个子女之间；5 个国家达到每千名妇女 50 个子女以下，而有 6 个国家的 15 岁至 19 岁少女生育率超过每千名妇女 100 个子女以上。尽管拉丁美洲和加勒比大多数国家的总生育率到 1990 年代末已达到低点，但是拉丁美洲和加勒比的少女生育率依然比较高（Guzman 和其他人，2001 年）。例如，1990 年至 1995 年期间，巴西总生育率从每千名妇女 3.7 个子女下降到 2.6 个子女，而少女生育率从每千名妇女 76 个子女增加到 88 个。

54. 除了乌克兰和摩尔多瓦共和国这两个发达国家之外，其余所有发达国家目前的少女生育率都在每千名妇女 50 个子女之下。保加利亚和美利坚合众国的少女生育率分别从 1990 年每千名妇女 70 个和 61 个子女减少到 2000 年每千名妇女 49 个子女。大多数发达国家的少女生育率都在每千名妇女 20 个子女以下，日本、斯洛文尼亚和少数几个西欧国家甚至低至 5 个或 5 个子女以下。1990 年代，东欧许多国家和波罗的海国家少女生育率急剧下降。例如，俄罗斯联邦按年龄划分的 15 岁至 19 岁少女的生育率从 1990 年每千名妇女 56 个子女减少到 1999 年的 30 个子女。从莫斯科和各省进行的一系列调查来看，生育率下降的部分原因同学校入学率提高，特别是同年轻成人的社会理想提高有关（Magun, 1998 年）。

### 不孕症

55. 全世界有 8% 至 12% 的夫妇在育龄期间患有某种不孕症（世界卫生组织，1991 年）。不孕症定义为在没有避孕的情况下不能通过正常性活动怀孕或者怀孕后不能足月分娩。育龄期的男女都可能患有不孕症。有意不怀孕可能是社会、文化、经济或心理等因素决定的。与此相反，不孕症是生理因素造成的，不孕症妨碍男女双方充分实现生殖健康。

56. 如果妇女从来就不能怀孕，这种不孕症属于“原发性”；如果妇女生育一两个子女后不能再生育，这种不孕症就属于“次生性”。不孕症可能是先天条件造成的，也可能通过后天性行为获得，如早期性活动以及有多位性伙伴并由此感染

性传染病。原生性不孕症中有 3%至 10%由遗传、解剖、内分泌或免疫等因素造成。在 40 岁或 40 岁以上妇女中次生性不孕症流行往往是性传染病造成的，一些南美洲和中东国家为 4%，而几个撒南非洲国家高达 29%（Abouzahr、Ahman 和 Guidotti，1998 年）。

57. 在出生率低的国家，不孕症往往是有意推迟生育造成的。怀孕的机率随着年龄降低。因此，如果年轻妇女推迟生育而在后来一二十年中试图弥补所推迟的生育，她们的不孕可能性就会增加。

58. 发展中国家和发达国家的不孕症流行状况似乎相反。发展中国家改善性传染感染的预防和治疗工作并增加抗生素的供应和获得抗生素的渠道，这有助于减少不孕症（特别是在生育率开始下降前，短期生育率暂时上升就是一个证明），而发达国家推迟生育的人数增加，加上很多妇女寻求不孕症的治疗，从而导致登记的不孕症发病率提高。

### 三. 计划生育

59. 计划生育长期以来是人口政策和方案的重要部分，并是生殖健康的组成部分。计划生育可以使夫妇和个人实现自由并负责地决定子女人数、生育间隔和时机的基本权利，1974 年联合国世界人口会议已明文规定了这项权利，1994 年在开罗召开的国际人口与发展会议（联合国，1975 年，1995 年 a）重申了这项权利。计划生育可以让夫妇和个人控制自己的生殖过程，这对于保障他们的生活质量具有非常重要的意义。有大量材料表明，如果妇女怀孕过早、过晚、次数过多或相互间隔太短，妇女的健康和子女的健康都将面临极大的危险。

60. 计划生育的使用范围不断扩大。居住在较不发达国家的 60%以上的夫妇现在实行计划生育，而 1960 年代仅为 10%。现代避孕方法和（不论是政府还是非政府的）有组织的计划生育方案不断增多，加上人们越来越希望组织小家庭，导致较不发达国家实行计划生育的人数增多和生育率降低。在较发达国家，避孕长期以来已达到较高水平，采用现代避孕方法也产生了影响，它们可以让夫妇和个人对具体避孕方法进行多种选择。

#### 采用避孕手段的人数

61. 据估计，1997 年世界避孕普及率达 62%，这是女方处于育龄期的夫妇目前避孕的百分数（见表 4）。在较发达区域，避孕普及率平均达 70%，各地区间的差别很小。在较不发达区域，平均达 60%，不过各主要地区之间差别很大：非洲的普及率仅为 25%，而亚洲和拉丁美洲及加勒比达 65%以上。鉴于较不发达区域实行避孕的人数增多，到 2000 年全世界可能会有 65%的夫妇采用避孕手段。

**表 4. 按主要地区和区域分列的具体避孕手段平均普及率**  
(根据最新的现有调查数据编制, 平均日期为 1997 年)

| 主要地区和区域              | 所有<br>手段<br>(1) | 现代<br>手段 <sup>a</sup><br>(2) | 绝育        |           | 注射式        |            |            | 宫内       |          | 阴道其他安全期   |           |           | 体外其他传     |  |
|----------------------|-----------------|------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
|                      |                 |                              | 女性<br>(3) | 男性<br>(4) | 避孕片<br>(5) | 避孕药<br>(6) | 避孕器<br>(7) | 套<br>(8) | 障<br>(9) | 法<br>(10) | 法<br>(11) | 射<br>(12) | 法<br>(13) |  |
| 女方处于育龄期的夫妇采用避孕手段的百分比 |                 |                              |           |           |            |            |            |          |          |           |           |           |           |  |
| 世界                   | 61.9            | 55.6                         | 20.1      | 4.1       | 7.8        | 2.6        | 14.9       | 5.1      | 0.4      | 0.6       | 2.6       | 3.1       | 0.6       |  |
| 较不发达区域               | 60.2            | 54.9                         | 22.0      | 3.6       | 5.9        | 3.1        | 16.3       | 3.1      | 0.2      | 0.6       | 2.5       | 2.3       | 0.6       |  |
| 非洲                   | 25.2            | 19.8                         | 2.2       | 0.1       | 7.1        | 4.2        | 4.9        | 1.1      | 0.1      | 0.1       | 3.2       | 1.1       | 1.0       |  |
| 东非                   | 20.6            | 15.2                         | 2.0       | 0.0       | 5.6        | 5.4        | 0.7        | 1.2      | 0.0      | 0.2       | 2.7       | 1.4       | 1.3       |  |
| 中非                   | 10.0            | 3.2                          | 0.5       | 0.1       | 0.9        | 0.5        | 0.2        | 0.9      | 0.2      | 0.0       | 4.9       | 0.8       | 1.1       |  |
| 北非                   | 47.7            | 44.1                         | 2.7       | 0.0       | 18.0       | 3.0        | 19.2       | 0.9      | 0.2      | 0.1       | 2.4       | 0.9       | 0.2       |  |
| 南部非洲                 | 51.9            | 50.4                         | 14.0      | 1.8       | 10.3       | 20.7       | 2.0        | 1.6      | 0.0      | 0.0       | 0.4       | 0.8       | 0.4       |  |
| 西非                   | 14.4            | 7.8                          | 0.4       | 0.0       | 2.5        | 1.9        | 1.4        | 1.2      | 0.2      | 0.2       | 4.2       | 1.0       | 1.4       |  |
| 亚洲 <sup>b</sup>      | 65.8            | 60.8                         | 24.8      | 4.4       | 4.8        | 2.9        | 19.6       | 3.4      | 0.2      | 0.8       | 2.0       | 2.5       | 0.5       |  |
| 东亚 <sup>b</sup>      | 83.4            | 82.4                         | 32.8      | 7.7       | 1.7        | 0.0        | 35.8       | 3.8      | 0.2      | 0.4       | 0.9       | 0.0       | 0.1       |  |
| 东南亚                  | 48.0            | 40.9                         | 23.3      | 1.6       | 5.3        | 3.5        | 3.7        | 3.2      | 0.0      | 0.4       | 3.4       | 2.7       | 1.0       |  |
| 西亚                   | 57.9            | 49.6                         | 7.7       | 0.8       | 13.0       | 13.0       | 10.4       | 2.0      | 0.0      | 2.7       | 3.3       | 3.8       | 1.2       |  |
| 中亚                   | 47.8            | 29.3                         | 3.0       | 0.0       | 6.1        | 0.6        | 13.7       | 5.0      | 0.5      | 0.3       | 2.1       | 14.3      | 2.0       |  |
| 拉丁美洲和加勒比             | 68.8            | 59.9                         | 29.5      | 1.6       | 13.8       | 3.0        | 7.4        | 4.2      | 0.3      | 0.1       | 4.9       | 3.4       | 0.6       |  |
| 加勒比                  | 58.7            | 55.8                         | 22.6      | 0.5       | 10.5       | 5.6        | 11.2       | 4.3      | 0.4      | 0.6       | 1.3       | 1.4       | 0.2       |  |
| 中美洲                  | 62.9            | 54.5                         | 23.6      | 0.7       | 9.1        | 4.0        | 13.0       | 3.9      | 0.1      | 0.0       | 5.3       | 3.0       | 0.1       |  |
| 南美洲                  | 72.8            | 62.9                         | 31.9      | 1.9       | 16.9       | 2.4        | 4.8        | 4.6      | 0.3      | 0.1       | 5.4       | 3.8       | 0.7       |  |
| 大洋洲 <sup>c</sup>     | 27.7            | 21.5                         | 8.6       | 0.2       | 4.9        | 6.1        | 0.6        | 1.1      | 0.0      | 0.0       | 2.8       | 0.9       | 2.6       |  |
| 较发达区域 <sup>d</sup>   | 70.4            | 59.2                         | 10.4      | 7.2       | 17.3       | 0.1        | 7.6        | 15.0     | 1.1      | 0.5       | 3.6       | 6.8       | 0.8       |  |
| 亚洲: 日本               | 58.6            | 52.8                         | 3.4       | 0.7       | 0.4        | 0.0        | 2.2        | 45.5     | 0.6      | 0.0       | 3.3       | 1.7       | 0.8       |  |
| 欧洲                   | 70.1            | 55.3                         | 4.8       | 4.9       | 22.0       | 0.2        | 11.9       | 10.5     | 1.1      | 0.0       | 4.3       | 10.0      | 0.6       |  |
| 东欧                   | 63.2            | 35.1                         | 1.5       | 0.0       | 6.8        | 0.0        | 14.2       | 11.1     | 1.3      | 0.2       | 10.1      | 17.9      | 0.1       |  |
| 北欧                   | 78.4            | 75.8                         | 12.2      | 13.4      | 19.7       | 0.2        | 11.1       | 17.0     | 2.2      | 0.0       | 0.9       | 1.6       | 0.1       |  |
| 南欧                   | 66.9            | 45.2                         | 6.3       | 2.4       | 11.4       | 0.3        | 11.4       | 12.8     | 0.6      | 0.0       | 3.1       | 17.8      | 0.8       |  |
| 西欧                   | 74.5            | 70.6                         | 3.3       | 7.1       | 43.7       | 0.3        | 10.0       | 5.3      | 0.9      | 0.0       | 1.3       | 1.7       | 1.0       |  |
| 北美洲                  | 76.2            | 70.8                         | 24.5      | 13.4      | 15.5       | 0.0        | 0.9        | 12.9     | 1.7      | 1.9       | 2.1       | 2.1       | 1.2       |  |
| 大洋洲                  |                 |                              |           |           |            |            |            |          |          |           |           |           |           |  |
| 澳大利亚—新西兰             | 75.9            | 72.2                         | 33.3      | 15.3      | 6.4        | 2.6        | 6.0        | 7.6      | 1.0      | 0.0       | 2.0       | 1.5       | 0.2       |  |

来源: 联合国秘书处人口司维持的避孕手段使用率数据库。

注: 这些估计数字反映了对没有数据的国家避孕用具使用率的推断。数据涉及正式结婚或自愿结合的妇女。

<sup>a</sup> 包括第(3)至第(10)栏的手段

<sup>b</sup> 日本除外。

<sup>c</sup> 澳大利亚—新西兰除外。

<sup>d</sup> 澳大利亚—新西兰、欧洲、日本和北美洲。

62. 人们认为现代避孕方法防止怀孕比较有效，因而世界上大多数避孕方式都是现代方法。使用现代避孕方法通常需要获得计划生育服务或用品。现代避孕方法包括女性和男性绝育、口服避孕药、宫内避孕器（节育器）、避孕套、注射或植入式避孕药和阴道障碍法（包括阴道隔膜、宫颈帽和杀精子泡沫、胶冻、乳膏和海绵）。同较发达区域相比（占使用者的 84%），较不发达区域在避孕中使用现代避孕方法（占使用者的 91%）的比例较高，主要原因是欧洲某些地区和前苏维埃社会主义共和国联盟（苏联）许多人依靠传统方法避孕，主要有体外射精、各种形式的定期禁欲和为避孕冲洗阴道（Popov、Visser 和 Ketting, 1993 年）。

63. 在世界上非洲的避孕普及率最低，平均只有四分之一的夫妇实行计划生育。非洲大多数国家的避孕普及率低于 20%。此外，一半以上的非洲国家使用现代避孕方法的人数低于 10%。然而，各地区之间的差别很大。除了毛里求斯群岛和留尼汪岛有三分之二以上夫妇使用避孕用品外，北非和南部非洲的平均普及率分别为 48%和 52%，比东非、中部非洲和西非高三至五倍。

64. 亚洲发展中国家有 66%的夫妇实行计划生育。然而，这个平均数受中国广泛实行计划生育的影响很大。包括中国在内的东亚区域平均避孕普及率实际上是全世界各个区域中最高的（83%），超过较发达地区的最高水平（北欧达 78%）。亚洲其他地区的避孕使用率与北非和南部非洲的使用率相似。亚洲国家中有 9%的国家报告其普及率达 20%，近三分之一的国家报告其普及率超过 60%。

65. 拉丁美洲和加勒比的平均普及率相当高（69%）。与较发达区域相似，区域内的差别不大。加勒比有 59%的夫妇实行计划生育，而南美洲达 73%。在这个主要区域，三分之二的国家报告其普及率超过 50%，这表明避孕已经非常普遍。

66. 在较发达区域，区域内的差别较小，从日本的 59%到北欧的 78%，但是使用现代避孕方法的区域差别比较大。东欧使用现代避孕方法的普及率只有 35%，而北欧和西欧的普及率高达 71%至 76%。

### 最近的避孕趋势

67. 拥有最近趋势数据的大多数发展中国家在过去十年中避孕人数大幅度增加。这些国家中有 68%的国家普及率每年至少增加一个百分点，有 15%的国家普及率每年至少增加两个百分点。增加速度最快的国家主要是 1990 年普及率水平处于中等范围（35%至 64%）的国家。普及率增长最少的国家（每年不足一个百分点）大部分是 1990 年普及率很低的撒南非洲国家，特别是西非国家，以及 1990 年普及率很高的东亚国家。由于采用现代避孕方法是发展中国家避孕普及率增加的主要原因，各种避孕方法和现代避孕方法的增加速度非常近似。

68. 同发展中国家（不包括东亚国家）的情况相反，发达国家在过去十年中避孕使用率没有增加多少，差别也不大。不过，现代避孕方法增加的速度稍快。

69. 一般而言,越来越多的妇女采用女性绝育方法继续是较不发达区域和较发达区域的最重要趋势。不过,其他避孕方法也在许多国家发挥了重大作用。虽然现代避孕方法作为一个整体逐渐占主导地位,成为一种普遍趋势,但是没有多少证据说明各国迥然不同的避孕格局正逐渐形成一种避孕方法相互类似的组合。

### 采用的避孕方法

70. 大多数避孕者都采用现代避孕方法。现代避孕方法占全世界避孕方法的 90%。特别常用的有三种女用避孕方法:女性绝育、宫内避孕器和口服避孕药。这三种方法占全世界避孕方法的 69%,占较不发达区域的 74%。较发达区域和较不发达区域的现代避孕方法平均普及率几乎相同:分别为 59%和 55%。然而,如上所述,较不发达区域使用现代避孕方法占避孕方法的比例比较发达区域要高。

71. 关于具体避孕方法的使用,较发达区域和较不发达区域之间存在明显差别。这两个区域之间一个鲜明的差别是传统避孕方法的使用问题。这类传统方法包括定期禁欲或定期性生活、体外射精(中断性交)、禁欲、冲洗阴道和各种民间方法。较发达区域使用传统避孕方法的人数是较不发达区域的两倍(分别为 11%和 5%)。发达国家有较多的人使用传统避孕方法表明,在现代避孕方法发明前形成的控制生育的形式具有持续的影响,也反映了有些欧洲国家使用较新避孕方法的范围有限。最近在 1990 年代进行的调查表明,西欧使用传统避孕方法的人数减少,但是东欧和南欧(除西班牙外)的情况未变。

72. 较发达区域和较不发达区域之间的第二个差别在于,在较发达区域,人们较多地使用短期作用和可逆转的方法,而在较不发达区域,人们较多地使用长期作用和高效的临床避孕方法。较发达区域 10 个避孕者中平均有 6 人以上使用口服避孕药、避孕套或传统避孕方法。相反,在较不发达区域 10 个避孕者中有 7 人采用绝育或宫内避孕器方法,产生这种结果的一个重要因素是亚洲大多采用女性绝育和节育器方法。特别是在中国和印度,女性避孕者中有 30%以上进行绝育,在中国还有 30%以上采用宫内避孕器。

73. 较发达区域和较不发达区域之间的第三个差别在于男用避孕方法的重要程度。全世界进行避孕的夫妇中只有不到四分之一采用需要男子参与(避孕套和男性绝育)或合作(定期性交和体外射精)的方法。不过,较发达区域使用男用避孕方法的人数(占避孕者总人数的 50%左右)比较不发达区域的(占 20%左右)多得多。

74. 关于具体避孕方法的普及程度,女性绝育方法占世界第一(占目前已婚妇女的 20%)。全球进行避孕的目前已婚妇女中有三分之一做了结扎手术。本章所用的“目前已婚”妇女包括正式结婚和非正式结婚的妇女。较不发达区域的女性绝育人数是较发达区域的两倍(分别为 22%和 10%)。在区域一级,这种方法比较流行

的有，东亚、中南亚、拉丁美洲和加勒比、北欧、北美洲和澳大利亚及新西兰地区，它们的普及率在 10% 以上，但在非洲、东欧、南欧、西欧和日本用得极少。

75. 男性绝育人数比女性绝育人数要少得多。在世界一级，仅有 4% 的妇女报告说她们的伴侣进行了绝育。同所述女性绝育格局恰恰相反，较发达区域男性绝育人数是较不发达区域的两倍（分别为 7% 和 3%）。在区域一级，北欧、北美洲和澳大利亚新西兰地区男性绝育人数在 10% 以上。在国家一级，澳大利亚、加拿大、新西兰和美国的男性绝育人数最高（10% 至 19%）。

76. 全世界有 15% 的目前已婚妇女和 25% 的避孕者使用宫内避孕器，它仅次于女性绝育成为第二种使用最广泛的避孕方法。较不发达区域宫内避孕器的普及率是较发达区域的两倍（分别为 16% 和 8%）。在区域一级，这种方法比较普及的有北非、亚洲（除中南亚外）、中美洲、加勒比和欧洲，普及率均在 10% 以上。在国家一级，朝鲜民主主义人民共和国、哈萨克斯坦和乌兹别克斯坦的宫内避孕器普及率极高（40% 至 49%）。一般来说，在拥有趋势数据的大多数发展中国家宫内避孕器在最近时段的普及率都有所增加。相反，在大多数发达国家宫内避孕器的使用率呈下降趋势。

77. 全世界有 8% 的目前已婚妇女和 13% 的避孕者使用口服避孕药，它仅次于女性绝育和宫内避孕器成为第三种使用最广泛的避孕方法。在较发达区域口服避孕药的普及率是较不发达区域的三倍左右（分别为 17% 和 6%）。较发达区域避孕药的使用密度也超过较不发达区域，平均有四分之一的避孕者采用这种方法，而较不发达区域只有十分之一的避孕者使用。在区域一级，北非、东南亚、加勒比、南美洲、欧洲（东欧除外）和北美洲比较普遍地使用这种方法，普及率均在 10% 以上。同其他任何避孕方法相比，使用避孕药的地理分布最广。超过半数的发展中国家报告最近的避孕药普及率增加。大多数发达国家 1980 年代到 1990 年代避孕药的使用格局没有什么变化。

78. 全世界平均有 5% 的夫妇和 8% 的避孕者使用避孕套。同避孕药一样，较发达区域的避孕套普及率比较不发达区域高得多（分别为 15% 和 3%）。值得注意的是，日本有 46% 的夫妇（和四分之三的日本避孕者）采用避孕套，这是迄今避孕套普及率最高的国家。

79. 过去 10 至 15 年的趋势数据表明，非洲、亚洲、拉丁美洲和加勒比绝大多数发展中国家都增加了避孕套的使用量，这很可能是宣传用避孕套防止人体免疫功能丧失病毒（艾滋病毒）感染运动的结果。在发达国家，北美洲、新西兰和一些欧洲国家都增加了避孕套的使用量（特别是西班牙，1985 年至 1995 年期间它的避孕套使用量从 12% 增加到 24%，增加了 12 个百分点），但其他欧洲国家的使用量减少。

80. 上述估计数来自在公认婚姻范围内使用避孕套节育的妇女报告。这些信息中可能没有列入相当一部分避孕套的使用量。例如，同时采访男子和妇女的调查表明，在发达国家和发展中国家男子报告的避孕套使用量比妇女报告的高。如果询问调查对象使用避孕套是否不仅仅为了节育，而是为了防止怀孕或预防性传染疾病，报告的避孕套使用水平也会高一些。同样，如果调查的主要问题是直接询问是否同任何性伙伴使用避孕套，而不是间接询问是否同配偶或主要性伙伴使用避孕套，报告的避孕套使用率也会高得多（McFarlane、Fridman 和 Morris, 1994 年）。如果调查对象使用避孕套时还使用其他方法（特别是比较有效的方法），避孕套的现用量也可能被低估，因为如果调查对象采用多种避孕方法，大多数调查中仅登记最有效的一种方法。最后要说明本文所述的避孕套是男用避孕套，因为它是迄今调查中所报告的唯一品种。

81. 注射激素法和诺普兰激素皮下植入法不如大多数其他现代避孕方法使用普遍，现在全世界只有 3% 的目前已婚妇女使用。注射法和诺普兰法的大多数使用者生活在较不发达区域，其中只有平均 3% 的已婚妇女使用这些方法，而较发达区域只有不足 1% 的使用者。

82. 全世界只有不足 1% 的目前已婚妇女使用阴道障碍法，人数不足避孕者的 0.5%。然而，目前使用阴道障碍法的人数可能被低估，因为它们常常与其他方法（特别是避孕套）一并使用。这些方法的大多数使用者生活在较发达区域，其中平均有 1% 的已婚妇女使用这些方法，而较不发达区域只有 0.2% 的使用者。

83. 全世界有 6% 的目前已婚妇女和 10% 的各类避孕者使用传统避孕方法。如上所述，较发达区域使用传统方法的人数比较不发达区域要多。传统方法中最重要的是体外射精法和定期性生活法（主要是定期禁欲法）。全世界有 3% 的夫妇使用体外射精法。它是东欧、南欧和西亚使用的主要避孕方法，东欧和南欧的普及率达 18%，西亚的普及率达 14%。全世界还有 3% 的夫妇使用定期性生活法，据除了东欧和西亚外的其他区域报告，定期性生活法一般比体外射精法使用得更普遍。

### **未满足的计划生育需要**

84. 尽管最近的避孕人数迅速增加，但是许多迹象表明，发展中国家仍然普遍存在避孕方法选择余地有限和大量计划生育的需要没有满足等问题。在多达三分之一的国家，单一方法，通常是绝育或避孕药，至少占各种避孕法的一半。同时，发展中国家（不包括中国）有 20% 左右的夫妇希望间隔或限制生育子女，但是没有采用任何避孕方法。没有通过避孕方法满足计划生育需要的情况在撒南非洲比较普遍，那儿平均有 24% 的目前已婚妇女的计划生育需要未得到满足，而北非、亚洲、拉丁美洲和加勒比只有 18% 左右。

85. 把避孕妇女的百分比和计划生育需要未满足的妇女百分比相加，就可以得出“计划生育总需要量”的数字。图三列示了已满足的计划生育需要，这是通过避孕满足的需要占计划生育总需要量的百分比。在已满足需要占总需要量的百分比方面还是撒南非洲和其他区域之间的差别最大（图三）。在撒南非洲，需要用计划生育来间隔或限制生育的妇女中仅有不到一半的妇女进行避孕，而在其他区域有 60% 以上的需要得到了满足。当然在所有区域，希望终止生育的妇女要比希望推迟生育的妇女更有可能使用避孕方法。这表明希望限制子女人数的想法比希望延长生育间隔时间的想法更强烈，也许因为人们认为达不到前一个目标的后果代价更高。

**图三. 1990 年代后期按主要地区分列当时已婚妇女对延长生育间隔和限制生育的计划生育需要获得满足的百分比**

需要获满足的百分比

延长生育间隔  
限制生育

撒南非洲

北非和亚洲

拉丁美洲和加勒比

主要地区

来源：联合国秘书处人口司。

86. 根据最新估计数，发展中国家有 1.05 亿已婚或同居的育龄妇女的计划生育需要来获满足（Ross, 2001 年）。在许多国家，得不到质量较好的计划生育服务和不了解现有何种服务仍然是实行计划生育的普遍障碍（Robey、Ross 和 Bhushan, 1996 年）。撒南非洲的情况就是如此，那儿有大批妇女根本不知道有任何现代避孕方法（Westoff 和 Bankole, 1995 年）。人们经常提出不实行计划生育的其他原因有，无来由的个人喜好、对怀孕的危险认识不足、缺乏必要的计划生育知识以及与采用和（或）继续使用避孕方法有关的文化、社会、健康和经济因素，包括丈夫和大家庭其他成员的反反对、担心避孕方法的副作用、费用昂贵和宿命论等（Bongaarts 和 Bruce, 1995 年）。

## 目前青春期少年避孕的情况和需要

87. 在发展中国家，大多数已婚少女不实行计划生育。最近的调查表明，关于已婚少女的避孕普及率，一般而言撒南非洲最低（不足 20%），亚洲和北非处于中等水平（20%至 40%之间），拉丁美洲和加勒比最高（30%以上）。象所有目前已婚育龄妇女的情况一样，青春期少年避孕大多采用现代避孕方法，尽管百分比比较低。然而，比较青春期少年避孕和所有妇女避孕的数据，可以看出大多数国家已婚青春期少年的避孕普及率为年长已婚妇女的一半左右。这很可能与年轻妇女更希望生育较多子女有关。

88. 在发展中国家，未婚但性行为活跃的少女实行计划生育的统计人数一般比已婚少女的统计人数多得多。一般而言，所统计的性行为活跃但未婚的少女避孕普及率在撒南非洲达 30%以上，在拉丁美洲和加勒比达 60%以上。未婚少女的避孕套用量尤其比已婚少女的用量多得多。未婚少女实行计划生育的人数较多，其原因可能是她们认为她们为不想要的怀孕付出的代价要比已婚少女要高，所以更加设法避孕（Contreras、Guzmán 和 Hakkert，2001 年）。

89. 发达国家的现有数据表明已婚少女的避孕普及率一般很高（40%以上）。这几乎同年长已婚妇女的避孕普及率一样高。在北美洲，青春少年避孕时都采用现代方法，但是在欧洲，青春期少年避孕时采用现代避孕方法较少。在所有避孕的少女中，发达国家使用避孕套的比例（平均 27%）要比发展中国家的高得多（平均而言，撒南非洲 14%、亚洲 9%和拉丁美洲及加勒比 10%）。这表明宣传用避孕套预防性传染疾病（包括艾滋病毒感染）和不想要的怀孕的运动对发达国家青少年的影响比对发展中国家青少年的影响大。

90. 在大多数拥有数据的发展中国家，目前已婚少女中未满足计划生育需要的百分比很高（15%以上）。少女中未满足需要的比例通常高于年长妇女的比例。还有，少女中已满足需要的百分比低于所有育龄妇女的百分比。这些结果证明了上文提到的调查结果（联合国，1998 年，2000 年 a），表明在不想要的怀孕方面，已婚少女比年长已婚妇女得到的保护要少。年轻妇女很可能不太了解避孕方法和服务。她们还可能在获得计划生育服务方面遇到更大的障碍。最后，年轻妇女计划生育的需要通常是为了间隔生育而不是为了限制生育，这可能限制她们选择适合她们情况的现有避孕方法。

## 四. 堕胎

91. 在 1994 年国际人口与发展会议上，堕胎问题成为最有争议性的问题之一，但是，各国政府均认为，不安全堕胎是“主要的公共保健问题。”，并承诺“把不安全堕胎对健康造成的影响”作为对妇女健康承诺的组成部分“加以处理”（联合国，1995 年 a，第一章，决议 1，附件，第八章，第 8.25 段）。

92. 为进一步执行《国际人口与发展会议行动纲领》采取的重大行动进一步反映出各国政府继续关注不安全堕胎对健康的影响（大会 S-21/2 号决议；附件）。这些主要行动倡议吁请各国政府“采取适当步骤帮助妇女避免堕胎”（第 63(二)段），并且“在妇女已经实行堕胎的情况下，为其提供人道待遇和咨询”（同上）。另外，“在堕胎合法的情况下，保健系统应对保健服务人员进行培训和提供设备，并采取其他措施，确保堕胎是安全和可以获得的”（第 63(三)段）。

### 堕胎的数据

93. 1995 年，估计在全世界进行了约 2 600 万例合法堕胎，2 000 万例不安全堕胎（Henshaw、Singh 和 Haas, 1999 年 a；卫生组织，1998 年）。尽管这些数据让人感受到堕胎问题的严重性，它们仍然大体是推测的数据，因为无法得到大部分国家的可靠数据。目前，能获得合法堕胎报告的国家约为 45 个。

94. 最新的数据表明，已汇报的合法堕胎每年共约 1 500 万例（表 5）。80% 的合法堕胎是在四个国家进行：中国（740 万例）、俄罗斯联邦（200 万例）、美国和越南（均 120 万例）。世界合法堕胎总数应视为粗略的估计数，因为无法确定堕胎数量最多的国家所做的汇报是否完整。尤其是，对于中国堕胎的实际数量，在很大程度上仍无法确定。1998 年，卫生部估计堕胎总数为 738 万例，而国家计划生育委员会汇报的堕胎数量为 263 万例。

表 5. 最近一年所报告的合法的堕胎数量

|       | 年份   | 堕胎数量<br>(以千计) | 每千名 15 至 44 岁妇女的堕胎率 |
|-------|------|---------------|---------------------|
| 阿尔巴尼亚 | 1999 | 16            | 22                  |
| 亚美尼亚  | 1999 | 14            | 15                  |
| 澳大利亚  | 1996 | 76            | 18                  |
| 阿塞拜疆  | 1999 | 21            | 11                  |
| 白俄罗斯  | 1999 | 135           | 58                  |
| 比利时   | 1997 | 13            | 6                   |
| 保加利亚  | 1999 | 72            | 43                  |
| 加拿大   | 1998 | 110           | 16                  |
| 中国    | 1998 | 7 380         | 24                  |
| 克罗地亚  | 1999 | 15            | 15                  |
| 捷克共和国 | 1999 | 37            | 17                  |
| 丹麦    | 1998 | 17            | 15                  |
| 爱沙尼亚  | 1999 | 15            | 48                  |

|                           | 年份   | 堕胎数量<br>(以千计) | 每千名 15 至 44 岁妇<br>女的堕胎率 |
|---------------------------|------|---------------|-------------------------|
| 芬兰                        | 1999 | 11            | 11                      |
| 法国                        | 1997 | 164           | 13                      |
| 格鲁吉亚                      | 1999 | 18            | 15                      |
| 德国                        | 1999 | 130           | 8                       |
| 匈牙利                       | 1999 | 66            | 31                      |
| 冰岛                        | 1998 | 1             | 15                      |
| 以色列                       | 1999 | 19            | 15                      |
| 意大利                       | 1998 | 138           | 11                      |
| 日本                        | 1999 | 337           | 13                      |
| 哈萨克斯坦                     | 1999 | 138           | 35                      |
| 吉尔吉斯斯坦                    | 1999 | 18            | 16                      |
| 拉脱维亚                      | 1999 | 18            | 34                      |
| 立陶宛                       | 1999 | 19            | 23                      |
| 荷兰                        | 1998 | 24            | 7                       |
| 新西兰                       | 1999 | 16            | 19                      |
| 挪威                        | 1998 | 14            | 15                      |
| 摩尔多瓦共和国                   | 1999 | 28            | 27                      |
| 罗马尼亚                      | 1999 | 260           | 52                      |
| 俄罗斯联邦                     | 1999 | 2 030         | 62                      |
| 新加坡                       | 1999 | 14            | 17                      |
| 斯洛伐克                      | 1998 | 21            | 21                      |
| 斯洛文尼亚                     | 1999 | 9             | 20                      |
| 西班牙                       | 1998 | 54            | 6                       |
| 瑞典                        | 1999 | 31            | 18                      |
| 塔吉克斯坦                     | 1999 | 21            | 15                      |
| 前南斯拉夫的马其顿共和国 <sup>a</sup> | 1999 | 8             | 19                      |
| 土库曼斯坦                     | 1997 | 33            | 32                      |
| 乌克兰                       | 1998 | 499           | 45                      |
| 联合王国                      | 1997 | 192           | 15                      |
| 美国                        | 1997 | 1 186         | 20                      |

|        | 年份   | 堕胎数量<br>(以千计) | 每千名 15 至 44 岁妇女的堕胎率 |
|--------|------|---------------|---------------------|
| 乌兹别克斯坦 | 1999 | 58            | 10                  |
| 越南     | 1999 | 1 200         | 63                  |
| 共计     |      | 14 696        |                     |

来源：联合国秘书处人口司维持的人口政策数据库。

a: 前南斯拉夫的马其顿共和国。

95. 根据堕胎发生率，堕胎合法的国家可分为三类。大部分国家（包括中国）属于每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 10 至 25 例堕胎的范围。有四个欧洲国家（比利时、德国、荷兰和西班牙）所报告的合法堕胎比例非常低（每 1 000 名 15 至 44 岁妇女不到 10 例）。合法堕胎比率最高的国家为每 1 000 名 15 至 44 岁妇女约 60 例，这些国家包括白俄罗斯、俄罗斯联邦和越南。另外，前苏联的一些国家也属于在这个堕胎率很高的类别，如爱沙尼亚、哈萨克斯坦、拉脱维亚、土库曼斯坦和乌克兰以及保加利亚、匈牙利和罗马尼亚等东欧及中欧国家。

96. 显然，在东欧和前苏联的一些国家里，妇女主要依靠堕胎作为节育手段。在六个这类国家中，至少两例怀孕中有一例进行堕胎。<sup>2</sup> 在越南，人们大多依靠堕胎来节育，至少在 10 例怀孕中有 4 例进行堕胎。在西方国家里，据报瑞典的堕胎率最高。每 100 例怀孕有 26 例堕胎，比利时的最低堕胎率（每 10 例怀孕有 1 例堕胎）。

97. 堕胎是妇女生殖生活中的一个重要因素。在大部分堕胎合法的国家里，妇女在一生中堕胎一次的比例各不相同，从三分之一的妇女到一半的妇女不等。在堕胎发生率较高的国家里，如俄罗斯联邦，妇女平均在其一生中进行两次以上的堕胎。

98. 在 1990 年代后半期，西方国家堕胎率基本上未变。相反，东欧国家和前苏联出现下降趋势。罗马尼亚的下降幅度最大，从 1995 年每 1 000 名 15 岁至 44 岁妇女有 100 例堕胎，下降到 1999 年每 1 000 名有 52 例。

99. 堕胎受法律限制或属于非法的国家主要在发展中世界里，从文献资料只能找到这类国家少量的最新堕胎估计数。只有一个南亚国家和一个东亚国家有这种估计数：孟加拉国和菲律宾。在孟加拉国，堕胎是非法的，除非要抢救妇女的生命。自 1979 年以来，在该国，经请求人们均可得到月经调控的产品。Singh 等人（1997 年）采用间接估计办法，得出孟加拉国堕胎的最可靠估计数约为 730 000 例，该数字可转变为每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 28 例堕胎的比率。这些作者指出，菲律宾的堕胎比率相似，1994 年该国估计约有 400 000 例堕胎。

100. 拉丁美洲和加勒比国家的最新估计数可追溯到 1989 年至 1991 年（Henshaw、Singh 和 Haas, 1999 年 b; Singh 和 Wulf, 1994 年）。只有六个国家

有这种估计数，它们是巴西、智利、哥伦比亚、多米尼加共和国、墨西哥和秘鲁，这些估计数是根据与堕胎有关的住院数据计算的。据估计，在这些国家里，每年发生约 280 万例堕胎。估计堕胎比率在五个国家相当高：巴西（每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 41 例）、智利（每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 50 例）、哥伦比亚（每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 36 例）、多米尼加共和国（每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 47 例）和秘鲁（每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 56 例）。因此，在这些国家里，中止妊娠的比例为四分之一至三分之一。墨西哥的堕胎率较低，约为每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 25 例。

101. 埃及是北非唯一有堕胎间接估计数的国家。1995 年对妇产科住院病人的病例进行的分析表明，每 5 个病人中有 1 名是因治疗人工流产或自然流产而住院的妇女（Huntington 等著，1998 年）。根据该数字算出的人工流产估计总数超过 300 000 例。

102. 撒南非洲人工流产的资料十分不完整。1996 年，对尼日利亚 672 所保健设施进行一次全国抽样调查，这些设施被认为有可能提供堕胎服务。这项调查发现约有 610 000 例堕胎，堕胎率为每 1 000 名 15 至 44 岁妇女有 25 例（Henshaw 等著，1998 年）。1998 年，在巴马科（马里），在保健中心接受面谈的每 5 名女病人中有 1 名表明，她们曾经至少有过 1 次堕胎，而在阿比让（科特迪瓦）的相应数字为 3 个病人中有 1 名（Konaté 等著，1999 年；Guillaume 等著，1999 年）。尼日利亚和科特迪瓦进行的调查明显表明，在农村和较贫穷地区，堕胎率通常要低得多。

## 人口特征

103. 在北美和西欧，以及在澳大利亚和新西兰，在能获得资料的 13 个国家中，有 10 个国家的未婚妇女占堕胎比例最高。从挪威的 61% 到美国的 81% 不等。调查数据还表明，在非洲，绝大多数进行堕胎的妇女尚未结婚。

104. 相反，在东欧国家和前苏联各国，大部分进行堕胎的妇女已婚，从捷克共和国的 61% 到一些中南亚国家的 95%。所有其他能获得资料的亚洲和拉丁美洲国家也表现出类似的格局，唯一例外的是巴西，该国绝大多数进行堕胎的妇女是未婚妇女。

105. 在大部分国家里，二十来岁妇女妊娠率最高，同样堕胎率也最高。另外，中止妊娠比例通常在 40 岁以上的妇女和少女中最高。总的来说，在堕胎合法的国家里，统计数据表明，在大部分国家里，少女堕胎的比例符合总体的堕胎数量。最新官方数据表明，在能获得资料的 40 个国家里，有 39 个国家的少女堕胎率占所报告的合法堕胎总数的 3% 至 20% 不等。图四列示了部分国家少女怀孕和堕胎的比例。

图四. 1999 年或最近年份少女怀孕结果  
(每千名 15 至 19 岁妇女)

### 堕胎法律最近的变化

106. 绝大多数国家（在 193 个国家中有 189 个国家）允许进行堕胎以抢救孕妇的生命（联合国，2001 年 b, 2001 年 c, 即将出版）。有四个国家禁止堕胎，它们是智利、萨尔瓦多、罗马教廷和马耳他。然而，可合法进行堕胎的条件大不相同。发展中国家的堕胎法律和政策所规定的限制远远超过发达国家。在发达国家，约有三分之二国家（31 个国家）在提出请求后即允许堕胎，在四分之三的国家里能基于经济和社会原因而允许堕胎。相反，只有七分之一发展中国家（21 个国家）在提出请求后允许堕胎，只有六分之一国家基于经济和社会原因允许堕胎。

107. 自 1990 年以来，共有 29 个国家修改了关于堕胎的法律或条例：8 个发达国家、15 个发展中国家和 6 个经济转型期国家。在 23 个国家里，所进行的修改包括取消限制规定。此外，有 18 个国家的卫生当局已经批准使用米非司酮（RU-486）中止妊娠。另有 6 个国家已授权进行临床试验（表 6）。

**表 6. 米非司酮(RU-486)的法律状况**

*(a) 国家卫生部门核准使用米非司酮的情况*

奥地利（1999 年）  
比利时（1999 年）  
中国（1992 年）  
丹麦（1999 年）  
芬兰（1999 年）  
法国（1989 年）  
德国（1999 年）  
希腊（1999 年）  
以色列（1999 年）  
卢森堡（1999 年）  
荷兰（1999 年）  
挪威（2000 年）  
俄罗斯联邦（2000 年）  
西班牙（2000 年）  
瑞士（2000 年）  
乌克兰（2000 年）  
联合王国（1991 年）  
美国（2000 年）

*(b) 批准对米非司酮进行临床试验*

加拿大  
古巴  
印度  
意大利  
突尼斯  
越南

来源：联合国秘书处人口司维持的人口政策数据库。

108. 在发达国家里，几十年来，堕胎一直在不同程度上是合法的，并普遍被接受。在 1980 年代末和 1990 年代初，各国卫生当局越发关切非法堕胎对健康的影响，因此决定扩大允许堕胎的理由，因此，在阿尔巴尼亚、保加利亚和罗马尼亚等国，均将经要求进行的堕胎包括在合法堕胎范围内。在俄罗斯联邦和匈牙利，扩大允许堕胎理由的立法动态也反映出妇女所遭受的困难经济和社会状况。另一方面，有两个欧洲国家已通过更有限制性的堕胎立法：波兰和德国。

109. 1996 年，日本通过《产妇保护法》，这是 1948 年《优生保护法》经过大量修订的版本。美国，已进行大量法律活动，在各州限制未成年人获得堕胎的机会。截至 2001 年 3 月，已在 41 个州采取这种限制。另一方面，在联邦和州一级就反堕胎抗议者在堕胎诊所进行示威的各方面问题颁布了各种限制规定。

110. 在拉丁美洲，只有两个国家允许经要求即可进行堕胎：古巴和圭亚那；墨西哥尤卡坦州只允许基于社会和经济原因进行堕胎；巴拿马以及墨西哥的其他一些州只允许因胚胎受损而进行堕胎；七个国家（包括墨西哥联邦区）允许对犯罪引起的怀孕进行堕胎，其中两个国家规定在受害者智力不健全的情况下才可堕胎。在其余的拉丁美洲国家里，有两个国家允许基于健康原因进行堕胎，另有八个国家允许为抢救孕妇的生命进行堕胎。

111. 近年来，拉丁美洲各国提出许多改革建议，但很少取得成功。1995 年，圭亚那宣布可以许多理由合法堕胎。相反，在 1994 年召开国际人口与发展会议前夕，阿根廷修改其《宪法》，规定从怀孕第一刻起即作为生命予以保护。在萨尔瓦多，1997 年通过的新《刑法》有关堕胎的规定取消了原先对禁止堕胎的所有例外规定，并完全禁止堕胎。

112. 在非洲，博茨瓦纳（1991 年）、塞舌尔（1994 年）、布吉纳法索和南非（1996 年）根据较为开明的方针，对现行的立法进行了重大修改，或颁布新的堕胎法律，然而，赤道几内亚却在 1991 年通过具有更有限制性的堕胎立法。目前，53 个非洲国家中只有 3 个允许在提出要求后获得堕胎服务：佛得角、南非和突尼斯。津巴布韦允许基于经济和社会原因进行堕胎。11 个非洲国家允许以胚胎受损为理由进行堕胎，12 个国家允许因强奸或乱轮而怀孕的妇女堕胎。27 个非洲国家允许因心理健康理由进行堕胎，另有 28 个国家允许为保护妇女的身体健康进行堕胎。

113. 在亚洲，有 17 个国家只允许为拯救妇女生命进行堕胎。16 个国家允许在提出要求后进行堕胎，另有 13 个国家允许在某些情况下进行堕胎。最近新的动态包括伊朗伊斯兰共和国（1991 年《刑事法典》）和巴基斯坦（1989 年）颁布符合伊斯兰法律的堕胎立法。另外，柬埔寨在 1997 年颁布堕胎合法化的新立法。印度尼西亚（1992 年）和马来西亚（1989 年）均修订了立法，允许基于健康原因进行堕胎。1989 年，蒙古修订其《卫生法》，规定是否生儿育女应由妇女自己

决定，因此，妇女可在怀孕头三个月提出要求后进行堕胎。1991年，苏丹修订了《刑法》，允许因强奸或未出生婴儿死在母亲子宫内进行堕胎。

114. 1989年至1991年期间，越南政府批准了以不同方式管制堕胎的几项法律，其中包括《保护公众健康法》，该法律规定，“妇女有权根据自己的愿意进行堕胎”，并批准几项法令，免费向大部分民众提供节育用品和堕胎的公共保健服务。

115. 为防止“堕除女胎”，印度政府在1994年颁布一项全国立法，规定实施产前诊断技术为严重疾病和畸形的病例为限，并限制从业人员以任何方式透露胎儿的性别。这项立法于1996年生效，据报实施该立法存在各种问题。

### 不安全堕胎

116. 不安全堕胎的定义是，由缺乏必要技术的人员，或在缺乏最基本医疗标准的环境中，或在这两种情况下为中止不想要的妊娠而采取的程序（世界卫生组织，1992年a）。据估计，在进行不安全堕胎的所有妇女中，有10%至50%因并发症需进行医疗护理。据世界卫生组织（卫生组织）关于1995年至2000年的估计，不安全堕胎每年估计造成78 000名产妇死亡，几十万产妇致残。这些情况绝大多数发生在发展中国家（卫生组织，1998年）。因此，从全球来说，八分之一产妇死亡很可能是堕胎引起的并发症所致。在区域一级，非洲和亚洲死亡的产妇中有八分之一是堕胎引起的。在欧洲为六分之一，在拉丁美洲和加勒比为五分之一。

117. 不安全堕胎或人工流产总体发生率较高的大部分国家，是缺乏或得不到足够的计划生育资料、服务和避孕办法的国家（Indriso和Mundigo，1999年）。实际上，预防堕胎有赖于能否获得计划生育资料、咨询和服务。1990年代期间，人们对少女怀孕和堕胎越发感到关切，使得政策重点发生转移，超越了计划生育方案的主要而且经常是唯一的对象——已婚人口，而扩展到男女青年。然而，了解这类方案的执行情况和影响仍为时过早。

118. 一些国家在堕胎后护理的框架中提供计划生育咨询和服务，以防止再次堕胎。在一些医院采用这种服务之后，获得计划生育咨询的病人比例在玻利维亚达97%，布基纳法索为94%，肯尼亚为68%，墨西哥为86%，秘鲁为78%（Huntington，2000年）。该方案在塞内加尔不够成功，因为只有约三分之一病人得到咨询。在肯尼亚，发现让病房医护人员提供计划生育资料和服务的效果远远超过由母婴健康/计划生育的机构人员前来病房提供的服务。

119. 旨在减少与堕胎有关的发病率和死亡率的第二种办法是使得堕胎更为安全。从医学角度来看，堕胎安全主要取决于堕胎时的怀孕年龄，越早堕胎越安全；这也取决于所采用的方法以及迅速和适当地控制并发症（Grimes，2000年）。

120. 在已使得到堕胎合法化的一些发展中国家里，不能广泛采用这种做法，而且并非始终安全。在非洲，这些困难产生于一些社会、文化和机构的因素。例如，在赞比亚，除了提供服务不足之外，复杂的程序要求使得人们一直依赖非法堕胎。由于这种办法缺乏保密性，而且堕胎普遍存在污名，年轻人通常拒绝采用正规的服务（Webb，2000年）。在南非，大部分护士和医生并不支持新颁布的《中止妊娠法》，其中大部分护士和医生已表明他们出于良心拒绝接受该法律，以便使自己不参与涉及堕胎的护理（Harrison 等著，2000年）。因此，在该国的大部分地区仍无法获得堕胎服务。

121. 在印度，堕胎服务在地域分布方面存在巨大的差异，因此相当多的人口几乎无法获得这种服务。四个北方大邦——比哈尔邦、中央邦、拉贾斯坦邦以及北方邦——占该国人口40%以上。《医疗中止妊娠法》所核准的所有中心，有16%是在这四个邦中（Barge 等著，1998年）。

## 五. 产妇死亡率和发病率

122. 最近的全球估计数表明，每年有515 000名妇女死于与怀孕有关的并发症和原因，几乎所有这些妇女均在发展中国家。在1990年代，一些国际专题会议确定了降低产妇死亡率的目标。在2000年举行的千年首脑会议上，149名国家元首进一步核可了降低产妇死亡率的目标。这项前所未有的全球共识表明，各国政府及国际保健和发展机构十分重视妇女及其子女的健康，而且进一步促进人们准确监测各国和全世界实现该目标的进展情况。

### 定义

123. 《国际疾病和有关的健康问题统计分类》第十修订版（《国际疾病分类》第十版）将产妇死亡界定为妇女在怀孕期间或在中止妊娠42天内，因妊娠有关的任何原因、或因妊娠加剧的原因或对这些原因的处理而引起的死亡，而不论妊娠时期和地点如何，但不包括因事故或偶然原因造成的死亡（世界卫生组织，1992年b）。分娩直接死亡产生于妊娠分娩并发症，或产生于各种措施、未予治疗或不正确的治疗方式，而且通常是因为以下五种主要原因造成：大出血、脓毒症、惊厥、难产和不安全堕胎并发症。分娩间接死亡是指原先已有的疾病或在妊娠期间产生并因妊娠生理反应加剧的疾病造成的死亡，而且大部分与疟疾、艾滋病毒/艾滋病或血管病有关。

### 计标单位和计标法

124. 产妇死亡率最常用的计量单位是每10万活产婴儿的产妇死亡数字。尽管传统上一直称其为一种比率，实际上它是一种比例，目前研究人员通常将其称作比例。然而，为了与历史上的用法保持一致，《国际疾病分类》第10版继续将比率一词作为这种计标单位。

125. 估计产妇死亡率需要了解育龄妇女（15 岁至 49 岁）的死亡人数、医学上的死因以及死亡时该妇女是否已经怀孕或最近曾怀孕（AbouZahr, 1998 年）。然而，实际上，很少国家统计死亡人数，更少的国家准确记录死因，而且几乎更没有任何国家系统地在死亡表上记录怀孕状况。在没有民事登记系统或此种系统不完善的情况下，只能将关于怀孕和死亡的问题列入大型规模的住户调查，借此来估计产妇死亡率。这种办法的不利因素是，需要很大的抽样规模，因此这种办法昂贵，而且费时（例如见 Agoestina 和 Soejoenoes, 1989 年）。现已制订“姐妹办法”（Graham, Brass 和 Snow, 1989 年），以便缩小所需的抽样规模。在现有住户调查中附带几个关于答复者的姐妹是否仍然健在的问题（Rutenberg 和 Sullivan, 1991 年），然而，估计产妇死亡率的各种调查办法所产生的结果存在很大的误差，因此，无法用于定期或短期的监测。

126. 估计产妇死亡率的所有办法均存在报告不足和分类错误的问题。因此，大部分专家都认为，为了可靠地确定产妇死亡人数，需要采用某种形式的三角测量办法。换句话说，需要从不同来源得到数据。育龄死亡率调查（世界卫生组织，1987 年；Greenwood 等著，1987 年）采用多方面的资料来源——民事登记、保健机构的记录、社区领导人、宗教当局、殡仪员、墓地负责人、学童等——来确定所有死亡人数。通过对住户成员和提供保健服务者的访谈，以及保健机构的记录，确定死亡是否与怀孕产有关（口头剖析）。

## 人数

127. 只有少数国家具有全国产妇死亡率的准确数据。卫生组织和联合国儿童基金会（儿童基金会）在联合国人口基金（人口基金）的参与下，制订了一种估计产妇死亡率的办法，试图为没有任何数据的国家产生估计数，并纠正报告不准确或分类错误的现有数据。这种办法是根据资料来源调整现有的国家数据，同时制订一种简单模式为没有可靠资料的 55 个国家产生估计数。最近采用该办法产生了关于 1995 年的估计数。

128. 1995 年全世界产妇死亡估计数为 515 000 人（表 7）。其中超过一半（273 000 人）发生在非洲，约 42%（217 000 人）发生在亚洲，约 4%（22 000 人）发生在拉丁美洲和加勒比地区，而不到 1%（2 800 人）发生在较为发达的地区。就产妇死亡比率来说，全世界的估计数为每 10 万活产婴儿有 400 人。就区域来说，产妇死亡比率最高在非洲（1 000 人），之后为亚洲（280 人）、大洋洲（260 人）、拉丁美洲和加勒比地区（190 人）、欧洲（28 人）和北美洲（11 人）。

表 7. 1995 年按区域分列的产妇死亡率估计数

| 区域                 | 产妇死亡率<br>(每 100 000 个活胎<br>的产妇死亡率) | 产妇死亡人数       | 生命周期内的产妇<br>死亡风险<br>下列数字之 1: |
|--------------------|------------------------------------|--------------|------------------------------|
| 世界                 | 400                                | 515 000      | 75                           |
| 较发达区域 <sup>a</sup> | 21                                 | 2 800        | 2 500                        |
| 较不发达区域             | 440                                | 512 000      | 60                           |
| 最不发达区域             | 1 000                              | 230 000      | 16                           |
| 非洲                 | 1 000                              | 273 000      | 16                           |
| 东非                 | 1 300                              | 122 000      | 11                           |
| 中非                 | 1 000                              | 39 000       | 13                           |
| 北非                 | 450                                | 20 000       | 49                           |
| 南部非洲               | 360                                | 4 500        | 65                           |
| 西非                 | 1 100                              | 87 000       | 13                           |
| 亚洲 <sup>a</sup>    | 280                                | 217 000      | 110                          |
| 东亚                 | 55                                 | 13 000       | 840                          |
| 中南亚                | 410                                | 158 000      | 55                           |
| 东南亚                | 300                                | 35 000       | 95                           |
| 西亚                 | 230                                | 11 000       | 95                           |
| 欧洲                 | 28                                 | 2 200        | 2 000                        |
| 东欧                 | 50                                 | 1 600        | 1 100                        |
| 北欧                 | 12                                 | 140          | 3 900                        |
| 南欧                 | 12                                 | 170          | 5 000                        |
| 西欧                 | 14                                 | 280          | 4 000                        |
| 拉丁美洲和加勒比           | 190                                | 22 000       | 160                          |
| 加勒比                | 400                                | 3 100        | 85                           |
| 中美洲                | 110                                | 3 800        | 240                          |
| 南美洲                | 200                                | 15 000       | 150                          |
| 北美洲                | 11                                 | 490          | 3 500                        |
| 大洋洲 <sup>a</sup>   | 260                                | 560          | 260                          |
| 澳大利亚/新西兰           | 8                                  | 25           | 5 500                        |
| 美拉尼西亚              | 310                                | 560          | 60                           |
| 密克罗尼西亚             | <sup>b</sup>                       | <sup>b</sup> | <sup>b</sup>                 |
| 波利尼西亚              | 33                                 | 5            | 700                          |

来源: 世界卫生组织, Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA (2001 年, 日内瓦)。

<sup>a</sup> 澳大利亚、新西兰和日本未列入区域表中, 但将其列入较发达区域的总数中。

<sup>b</sup> 对人口总数不足 300 000 人的国家未作估计。

## 利用民事登记数据评估各种趋势

129. 只有一些国家能从民事登记制度产生产妇死亡趋势的数据。这些国家占全世界分娩人数不到四分之一（如将中国除外，只占不到7%的分娩人数）。所有这些国家的产妇死亡人数相对较少，自1980年代初期以来每10万名活产婴儿不到100名。此外，即使生死统计是完整的（通常界定为占总数90%或以上），民事登记系统经常无法准确地确定产妇死亡比例（Atrash, Alexander 和 Berg, 1995年）。如果将这些需注意的事项考虑在内，就可能通过亚洲和拉丁美洲及加勒比地区一些国家的民事登记数据研究产妇死亡趋势（图五和图六）。另外也能获得中国的趋势资料，在中国，自1989年以来育龄死亡率调查被用来估计产妇死亡率。

图五. 1980至1999年拉丁美洲若干国家产妇死亡率趋势

产妇死亡率

委内瑞拉  
墨西哥  
阿根廷  
古巴  
智利  
哥斯达黎加

来源：世界卫生组织/联合国儿童基金会数据库。

**图六. 1980 至 1997 年亚洲若干国家产妇死亡率趋势**

产妇死亡比率

中国

塔吉克斯坦

哈萨克斯坦

吉尔吉斯斯坦

土库曼斯坦

阿塞拜疆

大韩民国

乌兹别克斯坦

新加坡

**来源：**世界卫生组织/联合国儿童基金会数据库。

**注：**中国的数据源于育龄妇女死亡率调查。

130. 在发展中国家里，只有阿根廷、智利、中国、哥斯达黎加和乌兹别克斯坦能够在过去 10 年里持续降低产妇死亡率。在其他发展中国家里，自 1990 年以来，产妇死亡率似乎处于相对停滞的状态。在一些地方，似乎数额增加，但这被认为是因为改进汇报的结果。

131. 在东欧一些国家（例如拉脱维亚），产妇死亡率显然出现短暂的增加，这可能是由于改善病例汇报的结果（见图 7）。唯一例外的是罗马尼亚，1989 至 1990 年，该国的产妇死亡率急剧下降，这反映出放宽了获得安全堕胎的法律。在 1989 年之前，由于大力鼓励提高人口出生率的政策，缺乏可靠的避孕办法，禁止堕胎以及经济困难，导致堕胎引起的死亡率极高（Royston 和 Armstrong, 1989 年）。

图七. 1974 至 1997 年欧洲若干国家产妇死亡率趋势

产妇死亡率

罗马尼亚  
马利尼亚  
匈牙利  
波兰  
俄罗斯联邦

来源：世界卫生组织/联合国儿童基金会数据库。

### 采用过程指标评估各种趋势

132. 有些地方采用住户调查统计产妇死亡率，不确定的幅度极大，无法作出关于各种趋势发展方向的可靠结论。为评估这些国家的进展情况，需采取过程指标进行经常监测。由训练有素人员助产的出生率是一个潜在的过程指标，该指标与产妇死亡率密切相关（世界卫生组织，1999 年；De Browere、Tonglet 和 Van Lerberghe, 1998 年）。资料通常来源于人口与保健调查、泛阿拉伯儿童发展项目（儿童发展项目）或生殖健康调查。这些调查提供了标准的方法和抽样框架以及关于保持数据质量的严格标准。训练有素保健人员类别只包括具有必要助产技术的医生和护士/产妇<sup>1</sup>（世界卫生组织，1999 年）。

133. 现有关于 53 个国家由训练有素人数助产的趋势数据。这些国家至少有两个数据点，产生于采用类似估计办法（通常为人口与保健调查）的资料来源。总的来说，这些国家占活产的 76%，尽管该数据在各区域差异很大。表 8 列示，各主要区域集团由训练有素人员助产的百分比趋势。由于数据所涉年份不同，每一国家所涉时期不一，因此，对 1989 至 1999 年相同 10 年期间作了数据方面的调整，用观察到的变化比率来推测 1989 年和 1999 年两个终点的的数据。各区域的平均数已按活产数量作加权计算。

表 8. 1989 至 1999 年 53 个国家由有技能的助产人员助产分娩比例趋势

| 区域        | 拥有趋势数据的数据所涉有关区域的有技能的助产人员年平均变化率 <sup>6</sup> |                       |           |           |             |
|-----------|---|-----------------------|-----------|-----------|-------------|
|           | 国家数量 <sup>a</sup>                           | 生产百分比                 | 助产的生产百分比  | 生产百分比     | (百分比)       |
|           | 1999 年                                      | 1999 年                | 1989 年    | 1999 年    | 1989-1999 年 |
| 撒南非洲      | 17  | 59                    | 44        | 44        | 0.1         |
| 北非和西亚     | 9   | 56                    | 49        | 63        | 2.5         |
| 亚洲        | 7   | 89                    | 39        | 48        | 2.2         |
| 拉丁美洲和加勒比  | 18  | 74                    | 74        | 81        | 0.9         |
| <b>共计</b> | <b>53<sup>c</sup></b>                       | <b>76<sup>d</sup></b> | <b>45</b> | <b>52</b> | <b>1.7</b>  |

来源: C. AbouZahr 和 T. Wardlaw, “Maternal mortality at the end of a decade: sign of progress?” 《世界卫生组织月报》(2001 年, 日内瓦), 第 79 卷, 第 6 (2001) 号。

<sup>a</sup> 截至 2001 年 4 月公布的数据。

<sup>b</sup> 具体国家数据的加权平均数。区域平均数已按活胎数作了加权计算。

<sup>c</sup> 包括中欧和东欧以及独立国家联合体的两个国家。

<sup>d</sup> 仅含发展中国家的数据。

134. 总的来说, 得到助产的人数仅略有增加, 在 1989 至 1999 年期间, 平均每年增加 1.7%。在撒南非洲, 这 10 年期间几乎没有出现任何明显的改变。另一方面, 亚洲、西亚和北非各国有明显的改善, 年平均增长分别为 2.2% 和 2.5%。

135. 1999 年, 在五年全面审查和评价《国际人口与发展会议行动纲领》执行情况的大会第二十一届特别会议上, 大家一致认为, 各国应努力确保在 2005 年年底时, 由训练有素人员助产的比率应达 80% (大会 S-21/2 号决议, 附件第四节, 第 64 段)。关于目前的各种趋势, 只有拉丁美洲区域各国能达到该目标。西亚和北非各国到 2010 年前后才能达到该目标, 亚洲各国甚至到 2015 年仍无法达到该目标。在整个撒南非洲, 目前在实现该目标方面仍看不出有任何进展。

### 产妇死亡和相关病症的原因

136. 大出血估计占产妇死亡总数的四分之一, 脓毒症占 15%, 妊娠期高血压症和堕胎并发症各占 13%, 难产占 7%。与堕胎有关的死亡率在拉丁美洲和加勒比地区的一些地方尤为严重, 可能在一些地方占有所有产妇死亡率 30% 以上。产妇死亡的其他直接原因包括宫外孕和栓塞。分娩直接死亡也可能与医疗措施有关, 尤其是麻醉措施。间接原因约占死亡总数的 20%, 不过间接原因的组成在各区域均不同, 在撒南非洲的一些地区, 疟疾或艾滋病毒/艾滋病是最为重要的原因。越来越多的证据表明, 与妊娠有关的死亡也可能因家庭暴力而产生。

137. 每一位妇女死于妊娠并发症时, 就有更多妇女遭受会使身体不断衰弱的后遗症, 这些后遗症可能会伴随终生。现有流行病学的手段尚无法确切估计与妊娠有关的并发症产生的疾病和残疾, 但已知是相当严重。例如, 患有羊水栓塞或脑

血管疾病的妇女可能会遭受神经损伤的后遗症。子宫破裂或大出血可能需要切除子宫，其结果是丧失生育能力，并可能造成心理影响（Denmissie 等人著，2000年）。产后大出血的长期影响可能包括严重贫血症，甚至丧失脑垂体功能（席汉氏综合症）。骨盆炎症及其引起的不育症是脓毒症、尤其是产后脓毒症普遍产生的一种使人衰弱的症状。产后忧郁症和产后精神病非罕见。产后精神病是一种严重的精神病，每 1 000 名分娩妇女中会有 1-2 名患有该疾病（AbouZahr, 1998 年）。

138. 这些死亡和残疾的临床原因，是与无法获得训练有素人员的护理有关。如果妇女能够得到训练有素的保健人员的护理，尤其是在生产和接生的关键时候，则大部分分娩并发症能通过比较简单的医疗措施加以处理。然而，在发展中国家里，许多妇女只能得到亲戚或传统的助产士协助；许多人在没有任何协助的情况下独自分娩。从全球范围来说，只有 53% 的妇女在分娩时能得到专业人员（助产士、护士或医生）的协助，发展中国家的妇女只有 40% 能在医院或保健中心生产（世界卫生组织，1999 年）。

139. 产妇死亡率较高现象有关的原因包括妇女的社会地位较低，使她们无法获得经济资源和基本教育，并阻碍她们作出关于健康和营养的决定。缺乏决策权以及其他的权利，使许多妇女只能不断生育子女。过度的体力劳动，再加上营养不良，也造成产妇健康不佳的结果。

### **降低产妇死亡率和发病率的措施**

140. 联合国各机构发表的一项共同声明表明需采取各种行动降低产妇死亡率（世界卫生组织，1999 年），这些行动包括：防止和控制不想要的妊娠和不安全堕胎；在妊娠和分娩期间使用训练有素的人员进行护理；在发生并发症时，能获得转诊护理。

141. 应付产妇死亡率和发病率的挑战，需要有一个运作正常的保健系统，同时需要在社区一级采取措施，确保妊娠是妇女想要的结果，而且妇女在需要时能得到所需的护理。在决策一级，需提供有利的环境，以便能有效地提供产妇保健护理的服务。是否能获得这些服务，有赖于运输和一系列重要的经济、社会和文化因素，包括妇女是否能决定何时和何处寻求护理。

142. 现已有大量经验能表明，如果需要在降低产妇和新生儿死亡率及发病率方面取得进展，需要有许多相互作用的因素。需要明确界定优先事项，并制订有重点的方案战略，而且资源有限的政府能够加以实施。需根据各种证据制订措施，并需要处理产妇死亡的所有主要原因，包括堕胎并发症。脆弱群体（如青少年）的特殊需要应得到满足，而且需要广泛提供相关的技术和规划准则、培训课程和其他有效方案的工具。妇女及其婴儿感染艾滋病毒/艾滋病的问题必须得到处理，而且与诸如疟疾等其它疾病有关的危险也必须得到处理。至关重要的是，政府决策者需持续不断地作出承诺，并在国家和国际一级不断提供资源。

## 六. 性传染感染

143. 性传染感染<sup>3</sup> 是最普遍的病因之一, 对许多国家产生影响深远的健康、社会和经济后果。这些感染不仅会使成人造成急性感染, 也可能使人长期患病, 但妇女患病的可能性更大。男女都会发生诸如不孕等长期后遗症, 但妇女为此蒙受更严重的社会-经济后果。由于性传染感染引起的盆腔炎会破坏输卵管, 患性传染疾病的妇女与未患此种疾病的妇女相比, 更可能发生宫外孕。宫颈癌是发展中国家妇女中最常见的癌症, 这种癌症是由人体乳头状瘤病毒感染引起的。婴儿也承受了性传染疾病的后果。有些感染导致了出生时体重轻、早产、诸如梅毒等先天感染和胎儿消瘦。新生儿眼睛的感染(新生儿结膜炎)如未及时适当医治, 可能导致失明。

144. 艾滋病毒和艾滋病的出现进一步增加了控制性传染感染的必要。常规的性传染感染与艾滋病毒传染具有极大的关系。溃烂和非溃烂性传染感染两者均表明艾滋病毒性传染的风险不断增加。此外, 艾滋病毒感染造成对诸如软下疳、生殖器疣和生殖器疱疹等其他性传染感染的管理和控制更为复杂。

### 易感染性传染病的情况

145. 据世界卫生组织估计, 1999 年发生了 3.4 亿个新的性传染感染病例。大多数新的感染现象发生在亚洲, 其次是撒南非洲和拉丁美洲及加勒比(表 9)。通常处于性行为最频繁年纪、亦即 15 至 35 岁之间的城市男女性传染感染的比率最高。妇女受感染的年纪比男子要轻。

表 9. 1999 年按区域分列的可治疗性传染感染流行率和年发病率估计数<sup>a</sup>

| 区域        | 15-49 岁的人口<br>(以百万计) | 流行率<br>(以百万计) | 流行率<br>(每 1 000 人) | 年发病率<br>(以百万计) |
|-----------|----------------------|---------------|--------------------|----------------|
| 北美洲       | 156                  | 3             | 19                 | 14             |
| 西欧        | 203                  | 4             | 20                 | 17             |
| 北非和西亚     | 165                  | 3.5           | 21                 | 10             |
| 东欧和中亚     | 205                  | 6             | 29                 | 22             |
| 撒南非洲      | 269                  | 32            | 119                | 69             |
| 南亚和东南亚    | 955                  | 48            | 50                 | 151            |
| 东亚和太平洋    | 815                  | 6             | 7                  | 18             |
| 澳大利亚和新西兰  | 11                   | 0.3           | 27                 | 1              |
| 拉丁美洲和加勒比  | 260                  | 18.5          | 71                 | 38             |
| <b>共计</b> | <b>3 040</b>         | <b>116.5</b>  |                    | <b>340</b>     |

来源: 世界卫生组织, Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: Overview and estimates (2001 年, 日内瓦)。

<sup>a</sup> 衣原体、淋病、梅毒和毛滴虫病。

146. 青少年 4 特别容易感染性传染病和艾滋病毒，因为他们的性关系往往是未计划、偶而发生的，有时是压力或强迫的结果（世界卫生组织，1986 年）。他们的性关系通常在获得保护自己的经验和技能以前发生，往往也没有获得关于性传染感染的信息，也无法获得防止性传染感染的服务和保险套。例如，在数项研究中，发现在对行为因素进行控制后，年轻是预测衣原体感染的一项独立因素（Arno 和其他人，1994 年）。

147. 由于生理、社会和经济方面的原因，少女比青年男子和成人更易感染。由于天然防止感染的器官（子宫颈）的生理发育尚未成熟，她们的子宫颈特别易受到感染。由于社会和经济方面的原因，少女比青年男子和成人更容易受感染。例如，就童养媳而言，初经前的早期性行为与性传染感染和盆腔炎流行率的上升有关（Duncan 和其他人，1990 年）。许多青少年因无知或因社会和（或）经济理由难以取得预防性避孕办法，所以不使用避孕手段。

148. 此外，易感染性传染病的人口包括性工作者、性工作者的顾客、男同性恋、囚犯和毒品使用者。向所有易受感染人口提供这方面照顾时，应提供适当、可接受和可取得的保健服务，并特别注意不使这些人遭受污辱。

### 性传染感染的趋势

149. 在国家一级，性传染感染的确切严重程度往往不明。虽然一些国家内存在消极的性传染感染监测系统，但其数据并不完全可靠或完整。现有数据和估计数的质量和完整性取决于对性传染感染服务的质量、病人就医的程度、找寻病例的密集度、诊断的正确性以及报告的质量。

150. 20 余种病原体经由性交传染，其中许多可用适当的抗菌剂疗法治疗。不过，尽管目前具有有效的疗法，细菌性传染感染仍然是工业化国家和发展中国家共有的一项重大的公共保健问题。

151. 梅毒是可采取公共保健措施成功控制的性传染感染的典型例子，因为现在已有一种敏感的诊断测试办法和一种有效、廉价的疗法。孕妇的梅毒测试和治疗是防止先天性梅毒的最可靠方法。自 1992 年以来，美国的梅毒病率一直在下降。西欧的梅毒患病率依然很低，但是在东欧和前苏维埃联盟的新独立国家内这种疾病流行较广。亚洲和非洲的患病率很高。

152. 淋病是一种常见的性传染感染，尤其是在发展中国家内，高达 80% 的妇女中和 10% 或以上的男子患有这种病，但无症状。淋病主要是一种生殖道的感染，但也感染眼睛、直肠和关节等其他器官。淋病是造成不孕和新生儿失明的一个重要原因。

153. 在牙买加和马拉维等若干发展中国家内，淋病的流行率在产前检查诊所就诊者中占 15% 至 20%。但是，在瑞典等一些欧洲国家内，由于利用信息、治疗

和消除风险因素等办法采取预防措施，发病率不断降低（Cronberg, 1993 年）。不过，自 1976 年以来，1997 年该国发病率首次上升。受感染的核心群体是异性恋少年男女和同性恋男子（Berglund、Fredlund 和 Giesecke, 2001 年）。西欧的发病率大幅度下降，不过自 1997 年以来伦敦（联合王国）的发病率稳步上升。东欧和前苏维埃联盟的新独立国家随着社会-经济和政治方面的剧变以及性行为的解放，发病率呈上升趋势（Borisenko、Tichonova 和 Renton, 1999 年）。在澳大利亚，自 1991 年以来关于感染淋病的人数已增加一倍。

154. 衣原体是男子非淋病性尿道炎的一个普通起因，也会造成妇女盆腔炎，从而导致不孕。根据观察，少女感染衣原体的比率最高（Bunnell 和其他人，1999 年；Burstein 和其他人，1998 年），这种现象与年纪轻有关（Cooks 和其他人，1999 年）说明必须对性行为频繁少女进行普查，以防止不孕症。不过，多数国家没有普查衣原体的资源。在美国，这是应具报的最常见传染病。随着 1970 年代广泛普查方案后，北欧国家内的流行率和患病率都较低。

155. 滴虫病是妇女阴道排出物的一个普通起因，在男子中往往无症状，但可能引起非淋病性尿道炎。尽管滴虫病是可治愈的最普通性传染病，但是，关于流行率和发患率的数据却有限。滴虫病与诸如羊膜早破、早产和新生儿体重不足等非顺产结果有关（Cothc 和其他人，1997 年）。虽然尚无定论，但累积的证据表明，阴道滴虫病可能与妇女的艾滋病毒血清转化有关（Laga 和其他人，1993 年）。

156. 肛门和生殖器疱疹主要由单纯性疱疹 2 型病毒（HSV2）引起。单纯性疱疹 2 型病毒的流行率差异极大，一般，发展中国家的流行率比发达国家高，城区比农村高。在撒南非洲和加勒比的流行率较高，许多国家的成人流行率为 50% 左右。就总体而言，妇女比男子的流行率高，在年轻人中间尤为如此（Kamali 和其他人，1999 年；Fleming 和其他人，1997 年；Obasi 和其他人，1999 年）。在工业化国家内，美国（占成人 22%）比欧洲（一般低于 15%）要高（Krone 和其他人，2000 年）。艾滋病毒的出现使生殖器疱疹的流行率上升，尤其是在发展中国家内。累积的数据指出，单纯性疱疹 2 型病毒可能是非洲某些地方大部分新的艾滋病毒感染的肇因。

### 预防和护理

157. 对性传染感染进行预防和护理的目的是采用下述方法降低性传染感染的流行率：阻断传染、缩短感染期、以及防止感染者发生并发症。

158. 初级预防可以防止造成感染和致病。通过卫生教育宣传预防，涉及诸如安全性行为、包括使用保险套和禁欲等做法，初级预防信息同样适用于艾滋病毒和其他性传染感染。第二级预防涉及治疗受感染者，以防传染给他人。除了艾滋病毒和病毒性传染感染外，通过治疗可以治愈感染，并使病人不具有感染性而中断

传染链。不过，通过（预防传染的）咨询和可能是无法根治疾病的治疗（可以减少病人的感染力）等方式，第二级预防也可能加强对病毒感染的控制。

159. 有效管理性传染感染是控制性传染感染的一个里程碑，因为它中断了感染的传染，并预防发生并发症和后遗症。因此，由一名保健人员对首次感染的性传染感染病人提供适当治疗是一项重要的公共卫生措施。如果这涉及青春期病人，有可能在一个至关重要的发育阶段对今后的性行为 and 寻求治疗的做法产生影响。

160. 利用实验室诊断诊断性传染感染是理想的做法，但在许多情况中很难实现。这在时间、资源和接受治疗上造成限制。在没有实验室设施的环境中，必须有经过充分培训的合格人员，以执行技术性很强的程序，还必须制订必要的外部质量管理。

161. 事实表明，根据医生、即使是经验丰富的性传染感染病专家的临床经验作出临床病原学诊断，也往往是不准确的。他们未能作出正确的诊断，可能是由于同时存在几种感染，或是对某些病症陈述不当。

162. 许多发展中国家制订和推广了第三种方法，即对性传染感染病人作综合诊断。其基本方法是确认持续存在的一系列病症已确认的症状（综合症），然后进行治疗，处理造成该综合症的大部分或最严重生物体。这种方法的优点是价廉、有效并可立即提供治疗，这又减少了感染的传染和并发症。不过，在发展治疗尽可能多的受感染者的能力时，必须避免过度治疗的风险。为减少后一情况，应将卫生组织建议的全球管理性传染感染指导准则适当调整，以反映各国的流行病情况。

163. 性传染感染在全世界造成极高的发病率和死亡率。许多年来，已界定了性传染感染控制的关键组成部分。性传染感染的治疗是一项极度符合成本效益的措施。目前的挑战是在国家一级的规模来执行这些已证明有效的措施。

## 七. 人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症 (艾滋病毒/艾滋病)

164. 自从 20 年前报告了第一例后天免疫机能丧失综合症（艾滋病）的临床证例以来，人体免疫机能丧失病毒（艾滋病毒）导致了一次艾滋病大流行，蔓延至世界各地。截至 2001 年底，估计 4 000 万人感染了艾滋病毒（表 10）。这个流行病具有极大的毁灭性，自从 1981 年 6 月报告了首例艾滋病临床病例以来，艾滋病已致使共计 2 000 万人死亡。2001 年，全球有大约 500 万人受到感染，其中 80 万是儿童。今后十年期间，如无有效的抗反转录病毒疗法和照顾，他们便将加入已死于艾滋病者的行列。

表 10. 2001 年底各区域艾滋病病毒/艾滋病统计数字和特征

| 区域        | 流行起始时间                | 患有艾滋病/<br>艾滋病的<br>成人和儿童 | 新感染<br>艾滋病的<br>成人和儿童 | 成人流行率 <sup>a</sup><br>(百分比) | 艾滋病抗体<br>阳性者的成年<br>妇女所占百分比 | 患有艾滋病/<br>艾滋病的成人<br>的主要传播形式 |
|-----------|-----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 撒南非洲      | 1970 年代末-<br>1980 年代初 | 28 100 000              | 3 400 000            | 8.4                         | 55                         | Hetero                      |
| 北非和西亚     | 1980 年代末              | 440 000                 | 80 000               | 0.2                         | 40                         | Hetero, IDU                 |
| 南亚和东南亚    | 1980 年代末              | 6 100 000               | 800 000              | 0.6                         | 35                         | Hetero, IDU                 |
| 东亚和太平洋    | 1980 年代末              | 1 000 000               | 270 000              | 0.1                         | 20                         | IDU, hetero, MSM            |
| 拉丁美洲      | 1970 年代末-<br>1980 年代初 | 1 400 000               | 130 000              | 0.5                         | 30                         | MSM, IDU, hetero            |
| 加勒比       | 1970 年代末-<br>1980 年代初 | 420 000                 | 60 000               | 2.2                         | 50                         | Hetero, MSM                 |
| 东欧和中亚     | 1990 年代初              | 1 000 000               | 250 000              | 0.5                         | 20                         | IDU                         |
| 西欧        | 1970 年代末-<br>1980 年代初 | 560 000                 | 30 000               | 0.3                         | 25                         | MSM, IDU                    |
| 北美洲       | 1970 年代末-<br>1980 年代初 | 940 000                 | 45 000               | 0.6                         | 20                         | MSM, IDU, hetero            |
| 澳大利亚和新西兰  | 1970 年代末-<br>1980 年代初 | 15 000                  | 500                  | 0.1                         | 10                         | MSM                         |
| <b>共计</b> |                       | <b>4 000 万</b>          | <b>500 万</b>         | <b>1.2</b>                  | <b>48</b>                  |                             |

来源：艾滋病方案和世界卫生组织，AIDS Epidemic Update, 2001 年 12 月（2001 年 12 月，日内瓦）。

注：“Hetero”表示异性性交感染；“IDU”表示通过注射毒品发生的感染；“MSM”表示男子之间发生性关系而造成的性感染。

<sup>a</sup> 使用 2001 年的人口数字表示的患有艾滋病病毒/艾滋病的 15 至 49 岁的成人人口比例。

165. 预防宣传运动仍然遗漏了太多年轻人。最近在 17 个国家的调查显示，在询问的青少年中，半数以上连一种保护免于艾滋病病毒/艾滋病的方法都说不出（联合国儿童基金会，2000 年）。在发生艾滋病病毒感染的许多国家内，仍然只有不到 50% 的年轻人会在有风险的关系中使用保险套，这个比率太低，无法大幅度减少产生新的艾滋病病毒感染病例。目前正在研究治疗机会性疾病的药性更强的抗反转录病毒药品和疗法。不过，绝大多数病人仍无法获得这些药品和治疗。

### 蔓延的趋势

166. 迄今为止，撒南非洲仍是全世界受感染最严重的区域。2001 年发生了大约 340 万个新的感染病例，因此，感染艾滋病病毒者总数达 2 810 万人。在该地区，感染艾滋病病毒的妇女人数超过男子。据估计，2001 年共有 230 万名非洲人死于艾滋病。

167. 传染形式各异，最易感染的人口群体也不各相同。在撒南非洲，病毒在所有社会群体内主要通过异性性交蔓延。不过，妇女的生理、社会和经济脆弱性是她们在这一区域内感染率高的肇因。在整个非洲大陆，估计截至 2001 年底为止

有 240 万名 15 岁以下的儿童感染艾滋病毒——这表明儿童经母体感染艾滋病毒也夺去愈来愈多的生命。事实上，2001 年该区域已有超过 90% 的儿童经母体感染而染上艾滋病毒。

168. 乌干达是扭转这个严重的流行病情势的第一个非洲国家。乌干达进行了非比寻常的全国性动员，努力把 1990 年代初城市内 28% 左右的成人艾滋病毒流行率降至 2000 年的 8% 以下。在坦桑尼亚联合共和国某些地方和赞比亚，越来越多的事实证明年轻人艾滋病毒流行率也有类似的下降。在西非，塞内加尔已设法把艾滋病毒传染率保持在 2% 以下，但科特迪瓦却是全世界受感染最严重的 15 个国家之一，在人口稠密的尼日利亚，成人流行率已超过 5%。

169. 目前南部非洲的感染率最高。在莱索托、纳米比亚、南非、斯威士兰和津巴布韦等国内，五个成人中至少有 1 个感染艾滋病毒。在博茨瓦纳，成人流行率已近 36%，促使政府和公众加倍努力控制这一流行病。南非再度努力控制该流行病。2000 年，南非孕妇艾滋病毒流行率升至空前水平：24.5%，患有该病毒的南非人总数已达到 470 万人。

170. 在拉丁美洲和加勒比，艾滋病毒的蔓延是由不同因素引起的，其中包括男女之间不安全性行为，这是加勒比以及中美洲大多数国家主要的传染方式。在哥斯达黎加和墨西哥，男同性恋间感染率最高，在阿根廷、巴西和乌拉圭，注射毒品使用者感染率最高。但是，在整个区域内，异性恋传染所占感染比例正在逐渐增高。

171. 在拉丁美洲和加勒比国家内，大约 180 万人患有艾滋病毒/艾滋病，包括于 2001 年感染的 19 万名成人和儿童。在几个加勒比国家内，艾滋病毒/艾滋病已成为一项主要死因。受感染最严重的是海地和巴哈马，这两个国家成人艾滋病毒流行率为 4% 以上。在巴西，由于其预防努力及广泛的治疗和护理方案，似乎正在控制住可能是一场重大的异性恋流行病。

172. 亚洲的感染人数急剧上升，令人震惊。亚洲和太平洋有 700 万人患有艾滋病毒/艾滋病——除非迅速、果断地采取协调一致的措施揭止这场流行病，这一数字就会成倍增长。

173. 2001 年，亚洲境内 100 多万人受到感染，在柬埔寨、缅甸和泰国，成人艾滋病毒感染率超过了 2%。在泰国积极执行了一项在商业色情业中增加使用保险套的国家方案之后，妓院中的色情工作者使用保险套的比率已达 90% 以上，性传染病的病例剧降，应召入伍士兵的艾滋病毒流行率下降了一半以上。印度人口，众多其流行率不到 1%。但也有 386 万人患有艾滋病毒/艾滋病。不安全性行为和毒品注射做法是流行率上增的主要原因。最近中国的性传染感染人数徒增。国内有大量流动人口，可能爆发一场流行病。

174. 同时，在北非和西亚，艾滋病毒感染正在从一个低基数上升。例如，在阿尔及利亚和阿拉伯利比亚民众国的当地研究揭示，孕妇约有 1% 流行率。在整个区域内，估计 2001 年有 8 万个新的感染病例，患有艾滋病毒/艾滋病的总人数达 44 万人。

175. 在东欧和中亚，感染率正在上升，该地区艾滋病毒、使用注射毒品和性传染感染相互交错，导致患有艾滋病毒/艾滋病者人数剧增。在 2001 年受感染的 25 万人中，多数是男子——几乎所有都是生活在社会边缘的注射毒品使用者。在该区域某些地方，2001 年受感染的人数超过前几年的总数。

176. 爱沙尼亚和乌兹别克斯坦出现了新的流行趋势，乌克兰 1999 年有 24 万人患有艾滋病毒/艾滋病。1996 年，俄罗斯联邦只有几个城市报告了艾滋病毒病例；今天，其 89 个地区中，82 个地区存在这种病毒。这一流行病仍然集中在注射毒品使用者及其性伴侣之间。但是与日俱增的卖淫现象和性传染感染人数众多可能致使这种疾病迅速蔓延到普通民众。

177. 在高收入工业化国家内，大约有 150 万人感染艾滋病毒，由于普遍采用抗反转录病毒疗法，其中许多人仍有生产能力。不过，大多数工业化国家的预防措施止步不前，相形之下，抵消了上述成就：有证据显示过去 5 年来艾滋病毒发病率并未下降。

178. 在一些国家内，正在出现一种新的现象，这一流行病转向贫穷者和年轻人——尤其是少数族裔，他们面临很大的感染风险，很可能被预防性宣传运动所遗漏，并被剥夺取得治疗的机会。注射毒品使用者的艾滋病毒流行率令人惊恐：芝加哥为 18%，纽约某些地方高达 30%。相反，澳大利亚执行了针头和注射器交换计划，因此注射毒品使用者的流行率较低。

179. 在一些北美城市内，男同性恋的感染率再度上升。一项美国城区研究发现，这一群体的艾滋病毒流行率为 7.2%（Valleroy 和其他人，2000 年）。在阿姆斯特丹，据报青年男同性恋的性传染病剧增，这表明不安全性行为有可能再次蔓延流行。有迹象显示，男子间的不安全性行为也成为东欧这一疾病蔓延的一个重要因素。

### **对青年人生殖权利和生殖健康的挑战**

180. 在全球范围内，所有区域都有一个共同的型式，即这种病毒在 10 至 24 岁的青年人中间蔓延。估计截至 2001 年底，1 180 万名青年人（15 至 24 岁）患有艾滋病毒/艾滋病，其中 730 万人（62%）是妇女，450 万（38%）是男子。表 11 按照性别列载各区域的情况。

表 11. 2001 年底各区域 15 至 24 岁的青少年艾滋病/艾滋病流行率

| 区域       | 患有艾滋病/艾滋病的青少年 | 艾滋病抗体呈阳性女青年所占百分比 |
|----------|---------------|------------------|
| 撒南非洲     | 8 600 000     | 67               |
| 北非和西亚    | 160 000       | 41               |
| 南亚       | 1 100 000     | 62               |
| 东亚和太平洋   | 740 000       | 49               |
| 拉丁美洲和加勒比 | 560 000       | 31               |
| 中欧和东欧    | 430 000       | 35               |
| 工业化国家    | 240 000       | 33               |
| 共计       | 11 800 000    | 62               |

来源：联合国艾滋病病毒/艾滋病联合方案(艾滋病方案)和联合国儿童基金会。

181. 在受感染最严重的一些国家中，男女的流行率不同。在博茨瓦纳、喀麦隆和肯尼亚许多社区内，青年女子感染率可能比同龄男子高 5 至 6 倍。青年女子除了生理上更易感染艾滋病毒外，她们感染率较高的一个原因是她们的多个性伙伴一般都是年长男子，这些男子有较多性伴侣，也更能可是艾滋病毒阳性反应者。此外，由于年龄差异、经济差距和性别规范，青年妇女不太可能要求对方使用保险套或保持忠实。

182. 生殖保健对于预防艾滋病可以发挥重要作用。由于艾滋病毒流行病继续在青年和妇女中间迅速蔓延，因此，保护和行使享受全面、优质生殖保健服务的权利就变得至关重要。

183. 在爆发这一流行病 20 年后，丰富的信息表明，有许多因素相互作用，限制了个人和社区保护自己免受艾滋病毒感染的的能力。这些脆弱性在青年中间特别明显，现将这种情况阐述如下：

#### 对个人感染艾滋病风险的认识有限

184. 在九个非洲国家对具有性经验 15 至 19 岁青春期男女进行的研究中，七个国家 40% 至 87% 的答复者认为自己不太会或根本不会感染艾滋病。在多数情况中，人们变通认为，如果只有一名性伴侣就不会有风险，而未注意到诸如性史和伴侣还有其他伴侣等其他风险因素。

#### 性健康信息和教育不足

185. 在加勒比和南美洲，调查显示，至少三分之一的青年未接受多少甚或没有任何性教育，包括关于艾滋病毒的信息。无一例外，青年女子比青年男子知道得更少——这说明她们缺乏取得信息的途径，并且无力控制自己的性生活。除了信息不足外，也未赋予青年人生活技能，使他们得以根据知识行事、增加对性事的

决定力、以及鼓励负责任的行为。如果提供性健康信息和教育的话，也是在开始性行为之后，或在学校中，而未达及可能已经退出正规教育系统的一大批年轻男女。

### 过早有性行为

186. 过早开始性行为使青少年面临健康风险。在非洲 11 个国家中，6 个国家几乎有 20% 年龄不到 15 岁的少女已有性经验（人口资料局，2001 年）。在这些国家中，一些国家少女的过早性行为是在婚姻关系中或在婚前不久发生的，而青年男子的性经验是在婚姻外发生的。全球的研究表明，15 岁以下少女的性交往往往是在压力之下发生的，因为她们特别不易抵挡性胁迫。多数青年在第一次性经验时未使用任何形式的避孕药具或保护免受性传染感染的手段，从而有可能造成意外怀孕和性传染感染。少女在生理上较易感染性传染感染和艾滋病毒，一般都不能同其伴侣讨论安全性行为。

### 青少年保健服务不足

187. 生殖保健服务是为了满足已婚孕妇的需要。因此，年轻人，尤其是性行为频繁的青年男女，由于时间和地点不方便、缺乏隐私和私密性、惧怕社会诋毁、提供服务者的批判态度、以及无力负担费用等原因，未寻求这类服务。无法取得保健服务成为青少年、特别是对少女生殖健康的一项严重威胁，因为她们生理上极易受到性传染感染。在女性方面，多数性传染感染无症状，青少年往往未注意到正常与不正常生殖健康情况之间的差异。因此，他们不寻求咨询和照顾。目前，尚未充分发挥保健服务的潜力，因为保健服务可以作为起点，提供一套青少年生殖保健服务，其中包括自愿咨询和测试、艾滋病预防教育、性传染感染控制、以及心理社会支助。在许多发展中国家内，初级保健制度并未纳入这类服务，而服务提供者也由于缺乏训练，无法适应青年男女的特殊需要。

### 性别准则和关系不平等

188. 社会对男女的期望对于他们保护自己免患艾滋病毒/艾滋病和应付基影响的能力具有深刻的影响。就妇女而言，她们的脆弱性在于得不到性信息、取得经济机会和自主途径受限、以及承担多重家务和社区角色。男女由于社会准则鼓励男性乱交、女性专一的双重标准，以及支持鼓励滥用药品和暴力行为的有害观点，同样也成为易受感染者。在所有区域内，强迫的性行为和以性行为换取生存需要是青年女子的共同经历。

### 经济和社会边缘化

189. 在社会和经济上处于极不利地位的青少年最易遭到艾滋病毒感染。缺乏教育、基本健康不良、性传染感染未获治疗以及性剥削加剧了生活在贫穷中青少年

的易感染性。特别是在街头游荡或工作的青少年属于极度易感染群体，因为他们极易受到性剥削、使用毒品和暴力行为之害。

### 艾滋病病毒/艾滋病对家庭和社区系统的影响

190. 青年人深受流行病对家庭和社区的影响之害。贫穷不仅有利于艾滋病病毒传染的环境，艾滋病病毒/艾滋病也可导致贫穷，特别影响到妇女和青年。在撒南非洲一些国家内，估计他们的财富减少了 20%（英国广播公司，2001 年）。在微观一级，在科特迪瓦，至少一名家庭成员死于艾滋病的城区住户的收入减少 52%–67%，而他们的医疗支出暴涨四倍。在赞比亚，当地家庭的可支配收入减少了 80% 以上，儿童被迫辍学，期望他们从事各类非正式经济活动。女孩更可能辍学，以照顾家中病人，或提供经济支助，包括承担维持生计的生产责任，这是农村妇女的主要角色。由于家庭内有人患艾滋病病毒的结果，家庭提供的社会支助系统变弱，青少年愈来愈少接受正规教育，这些现象加剧了脆弱性。

### 生殖保健与艾滋病病毒/艾滋病方案之间的联系

191. 2001 年 6 月在纽约举行的联合国关于艾滋病病毒/艾滋病问题的特别会议商定的指标（大会第 26-S/2 号决议，附件）明确强调生殖保健是艾滋病预防和照顾的一个核心组成部分。在许多国家内，对促进生殖健康和年轻人的权利仍具有争议。与性欲、传统和父母在性行为范围内对年轻子女的权利和责任有关的问题都具有文化和政治方面敏感性。二十年来，人们清楚地看到，生殖保健的各方面在艾滋病预防和照顾方面都可以发挥战略性作用。现将与艾滋病预防特别有关的组成部分阐述如下。

### 性健康教育和信息的范围、提供和内容

192. 需要有公共和私营部门参与和范围的广泛信息和建立技能方案，以符合该流行病的规模。必须利用所有教育途径，集合诸如学校、地方政府、教会和大众媒体等社区机构的力量。乌干达在 10 年期间有效地降低了艾滋病病毒流行率，其主要原因是执行了动员了所有各级和所有部门内领导人的预防教育宣传运动。群众教育宣传运动也帮助了巴西和泰国在管理流行病方面取得了更大进展。

193. 性健康教育应达及每个人，特别是学校内外的青少年以及各种难以达及的群体，例如男同性恋、注射毒品使用者、流动人口、以及处于冲突和冲突后情势中的人。虽然男女在性和生殖健康上有许多共同关注的问题，但是，他们的需求因当地习俗和文化、婚姻状况、居住于农村或城区、年龄、生活环境而异。应按照这些特别需求制定方案的目标。

### 性传染感染预防和照顾

194. 性传染感染、特别是生殖器疱疹（单纯性疱疹 2 型病毒）的存在会增加人体感染艾滋病毒的机率，因此，加强性传染感染控制可对降低艾滋病病毒传染率产

生极大的影响。为改善对青少年的性传染感染预防和照顾，必须将发现和治疗程序以及宣传使用保险套作为初级保健和艾滋病毒预防方案的必要组成部分。这样做可以扩大服务面，达及在产前诊所就诊的孕妇，特别是感染艾滋病毒的妇女；使用计划生育服务的妇女；以及接受妇幼保健服务的妇女。在性传染感染病例管理方面的经验表明在下列领域继续存在挑战：减少社区中的诋毁现象，因为这种现象会限制寻求保健的行为；向初级保健机构配备迅速、简单和廉价诊断试剂；提供有效和价廉的药品；为性伴侣、特别是男子提供服务。

### 计划生育服务

195. 在包括艾滋病预防在内的较广泛生殖健康范围内提供计划生育服务，将为性行为频繁的单身年轻人、特别是男性的参与提供空间。此外，在计划生育服务机构内提供艾滋病毒咨询，可以提供双重保护（亦即保护免于怀孕和艾滋病毒/性传染感染）。由于比较常用并有效的预防怀孕方法（激素法、宫内避孕器和绝育手术）未提供避免艾滋病毒/性传染感染的保护，因此从计划生育观点和预防儿童经母体感染艾滋病毒两者而言，双重保护都是一个重要的议题。鉴于计划生育和艾滋病毒咨询服务机构使用者的性行为、方法和社会环境，这些机构必须与他们探讨最适当的双重保护方法。

### 患有艾滋病毒/艾滋病男女的生殖健康需要

196. 在艾滋病毒感染率较高的国家内，许多正在接获教育信息的青少年已是艾滋病毒阳性反应者。这一事实使得有必要调整方案内容，以便这种方案不仅针对艾滋病防治，也针对已感染艾滋病毒者，还包括诸如减少感染艾滋病毒者传染给未感染者、避免重新感染艾滋病毒/性传染感染、性传染感染治疗、性关系、以及计划生育等问题。计划生育服务机构面临的一项挑战是艾滋病毒艾滋病毒呈阳性反应的妇女很少表明自己已感染艾滋病毒，使得提供服务者无法给予适当协助。

### 与男子合作

197. 使男子加入为伙伴是艾滋病毒预防和照顾的一个重要组成部分，因为在许多方面，男子是生殖和性健康事项方面的决定者。拟赋予妇女权力的措施必须与使男子参与的努力相结合。这些行动应包括使男子意识到自己的生殖和性健康需要了解两性关系、以及增加寻求保健的行为。

### 艾滋病毒预防技术：保险套和杀菌剂

198. 提供保险套是成功地预防艾滋病的一个基本组成部分。不过，促使性行为频繁的青少年坚持并正确使用保险套依然是公共健康的一大挑战。虽然可行性研究表明，男女双方间日渐接受，但费用和取得问题仍是阻碍广泛使用的因素。

199. 局部杀菌剂被认为是扩大现有预防手段的备选办法，特别是可由妇女控制的办法。虽然研究和发展努力受到经费困难的阻碍，但目前继续在寻求一种有效预防艾滋病毒传染的杀菌剂。

### 前进的途径

200. 过去二十年来，全世界认识到，艾滋病毒/艾滋病流行是一项全球的紧急事务。要遏止其蔓延就必须增加资源，改善协调，各国领导人作出空前的承诺和行动，在此基础上作出了全球特别回应。大会关于艾滋病毒/艾滋病问题的特别会议导致作出了政治和资源承诺。联合国秘书长为调集最高政治级别的支助而倡议设立的全世界艾滋病和健康基金，将提供一个机制，可以把这类承诺引导到控制该流行病的范围广泛的方案行动。此后的成功取决于各国如何妥善地处理本国自己的回应。

## 八. 生殖权利

201. 《国际人口与发展会议行动纲领》（联合国，1995年<sup>a</sup>，第一章，决议1，附件）提供了对生殖健康的广义理解。第7.2段指出：

“生殖健康是指与生殖系统及其功能和过程所涉一切事宜上身体、精神和社会等方面的健康状态，而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此，生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活，有生育能力，可以自由决定是否和何时生育及生育多少。”

202. 《行动纲领》又指出：

“铭记上述定义，生殖权利所包括的某些人权已得到各国法律、国际人权文书和联合国协商一致通过的其他有关文件的承认。这些权利的基础在于承认所有夫妇和个人均享有自由、负责地决定生育次数、生育间隔和时间、并获得这样做的信息和方法的基本权利，以及实现性健康和生殖健康方面最高标准的权利。此外还包括人权文件中阐明的人人有在没有歧视、强迫和暴力的状况下作出有关生育决定的权利。……促进所有人负责任地行使这些权利应成为政府和社区支持的生殖健康、包括计划生育方面政策和方案的基础。所作的承诺中应包括充分注意促进两性之间互敬公平的关系，特别是满足青春期少年教育和服务的需求，使他们能够积极地、负责任地对待性的问题（第7.3段）。”

### 生殖权利方面的关键问题

203. 生殖权利的一个重要方面是获得计划生育的信息和方法的权利。一些国家，包括巴西、哥伦比亚、危地马拉和南非在宪法中明文确认夫妻享有自由、负责地决定子女数目和间隔的权利。此外，几年来，为计划生育服务提供直接支

助的政府的比例逐步增加——从 1976 年的 63% 增加到 1999 年的 75%。目前有 145 个国家直接支助提供避孕药具，34 个国家提供间接支助（见表 12）。

**表 12. 1999 年按发展水平分列的有关取得避孕手段的政府政策**  
(国家数量)

|        | 获取机会有限 | 获取机会无限制 |      |      | 总计  |
|--------|--------|---------|------|------|-----|
|        |        | 直接支持    | 间接支持 | 没有支持 |     |
| 世界     | 1      | 145     | 34   | 13   | 193 |
| 发达国家   | 1      | 23      | 20   | 4    | 48  |
| 发展中国家  | 0      | 79      | 8    | 7    | 94  |
| 最不发达国家 | 0      | 43      | 6    | 2    | 51  |

来源：联合国秘书处人口司维持的人口政策数据库。

204. 除了提供服务以外，《国际人口与发展会议行动纲领》概述了根据需要提供计划生育服务的办法。例如，孟加拉国计划生育协会强调以用户为中心的性健康和生殖健康办法，以增加男子的参与，并开展了针对青年、工作人员、志愿者及宗教和社区领导人等群体的宣传运动以及信息和教育方案。服务还包括免疫接种、口服体液补充疗法、母乳喂养、扫盲和营养。然而，在一些国家中，这种办法仍是尚未变为政策和方案的模糊目标。

205. 今天的青少年享有与其父母甚至与十年或二十年前的青少年不一样的机会。全世界各地的在学人数都在增加。随着教育水平的提高，工作和职业发展机会、特别是信息、专业和技术领域的机会正在扩展。同时，青少年还面临这个历史时期特有的挑战。虽然对个人进行投资的前景加强了，但青春期到来较早，结婚较晚，使青少年所面对性活动、怀孕、性传染感染和婚外生育方面的危险有了增加。在艾滋病病毒/艾滋病和性传染感染流行的某些情况下，已婚少女可能特别容易受到伤害，因为她们经常有性活动，她们的谈判力量有限。实际上，这是在有艾滋病病毒/艾滋病的世界中成长起来的第一代青少年。

206. 青少年生殖权利的几个关键问题与婚姻有关。规定最低结婚年龄的法律几乎普遍存在。最常见的最低年龄是男性 18 岁，女性 16 岁。然而，尽管有旨在消除这种做法的立法，但许多国家的女孩在青春期后很快就结婚了，期望她们几乎立即开始生孩子，其部分原因是没有其他机会。许多法律给妇女规定的最低结婚年龄太低，而且低于对男子的法定年龄，这意味着妇女准备结婚所需年头较少，因为预计其责任只是生育和家务。过去二十年来，50 多个国家修改了关于最低法定结婚年龄的法律。不过，结婚年龄法律通常没有得到强制执行。在世界一些地方，如非洲，法定结婚年龄往往很高，反映采用欧洲法律标准的趋势，而实际结婚年龄仍然很低。

207. 青春期少年的健康权利最早在《儿童权利公约》(大会第 44/25 号决议, 附件)中得到国际承认。虽然《国际人口与发展会议行动纲领》认识到父母和监护人有权以符合青少年不断发展的能力的方式, 提供有关生殖健康问题的适当指导和引导, 但它进一步呼吁保护和促进青少年获得信息和服务的权利。

208. 在艾滋病毒通过异性接触传染的地方, 艾滋病毒/艾滋病蔓延以几种方式与生殖权利有关, 其中包括保护自己不得这种疾病的权利, 以及可能感染的儿童的权利。免于性传染感染是一个至关重要的相关问题, 因为这种疾病使男子和妇女更容易感染爱滋病毒。

209. 在什么时候和什么情况下进行性活动的决定往往被视为丈夫的权利。在这种情况下, 妇女可能无力反对丈夫的愿望, 即使她们怀疑其丈夫可能感染了爱滋病毒/艾滋病。同样, 对爱滋病毒和性传染感染采取保护措施的权利也很有限。在许多地方, 人们认为避孕套——最廉价和最有效地保护办法——适合同妓女性交时使用, 不适合在配偶之间使用。众所周知, 引起溃疡性创伤的性传染感染增加性交时感染爱滋病毒的可能性。妇女作为接受方特别容易被感染。

210. 对妇女的性别歧视可能给已感染爱滋病毒/爱滋病的妇女带来更多的负担。例如, 如果妇女被剥夺拥有财产的权利, 已感染爱滋病毒/爱滋病的妇女或丈夫死于爱滋病毒/爱滋病的妇女可能被迫离开家庭, 可能没有收回财产的法律手段。(生殖法和政策中心, 2000 年)。在妇女地位低下的一些亚洲国家, 爱滋病的性别动态预计有助于爱滋病的快速蔓延 (Crossette, 2001 年)。

211. 生殖权利包括获得各种生殖健康保健服务, 其中有确保妇女生产健康婴儿的保健。儿童感染爱滋病毒/爱滋病有两种方式: 经母体传染病毒或青少年时期开始性活动。儿童经母体感染爱滋病可能在怀孕、生产或哺乳期间发生。已感染爱滋病毒的妇女所生婴儿中大约 25%至 30%是从母亲那里感染的, 其中多数活不了几年。虽然有安全有效的药物, 如奈韦拉平, 这些药物可以大大减少爱滋病毒抗体阳性婴儿的风险, 但发展中国家的大多数妇女无法获得这种药物。

212. 儿童、特别是女孩如果过早有性活动, 也会感染爱滋病毒/艾滋病。除了早孕的健康风险和与过早无保护的性活动相关的其他风险以外, 青少年目前还有感染爱滋病毒/艾滋病的风险。青少年可能很少或没有机会获得关于爱滋病毒/艾滋病和性传染感染的信息和咨询, 也可能没有获得服务的资格。

213. 与极端贫穷和家庭生活解体相关的儿童卖淫, 是对儿童权利的另一种侵犯, 是感染爱滋病毒的另一种渠道。人们越来越关切一些国家无家可归的儿童人数以及儿童卖淫发生率日增。一项研究发现, 许多街头儿童遭到性虐待, 往往是为了换取住处和食品 (Kandela, 2000 年)。

## 生殖权利和对妇女的暴力行为

214. 《联合国消除对妇女歧视宣言》(大会 1993 年 12 月 20 日第 48/104 号决议)把对妇女的暴力行为定义为对妇女造成或可能造成身心方面或性方面的伤害或痛苦的任何基于性别的暴力行为,包括威胁进行这类行为、强迫或任意剥夺自由,而不论其发生在公共生活还是私人生活中。暴力行为包括殴打,对女孩的性凌虐、配偶强奸、有害于妇女的传统习俗、工作场所的性骚扰和恫吓、贩卖妇女和强迫卖淫。自从生殖权利概念流行以来,基于性别的暴力行为问题在人口领域得到了相当多的讨论。这些讨论的主要焦点往往限于家庭暴力以及诸如切割女性生殖器官和为维护名誉杀人等传统文化行为。

215. 基于性别的暴力行为往往在幼年就开始了。在童年时期,家庭资源优先分配给男孩可能对女孩的健康产生消极影响。这种资源可能包括食品、医疗保健和学校教育。最近的研究发现,多数国家不存在全面针对女孩的性别歧视,但有迹象表明,一些亚洲国家在使用保健服务方面偏袒男孩(联合国,2000 年<sup>b</sup>)。

216. 家庭暴力是基于性别的暴力行为的最常见形式,随着妇女结婚——往往还是少女而且在一些情况下未经其同意——家庭暴力可能成为问题。在丈夫比妻子大很多和当地习俗承认丈夫为占主导地位的伙伴的情况下尤其如此。在妇女不能行使其公平待遇权利的其他情况下也会发生对妇女的暴力行为。这种情况包括对女难民的性剥削,将强奸作为战争武器,贩卖妇女从事性工作和歧视寡妇。

217. 因为对妇女的暴力行为往往产生于男女之间的不平等权力,所以最有效的长期对策是继续努力赋予妇女权力(Heise、Ellsberg 和 Gottemueller,1999 年)。这意味着女孩获得平等教育机会,妇女获得对其资源的更大控制、经济独立和更大的决策权。

218. 每年约有 200 万妇女和女孩面临遭受某种形式的切割女性生殖器官的危险(世界卫生组织,2000 年 a)。这种手术有时被称为女性割礼,常常在女童或接近结婚年龄的少女身上进行,一般在医疗系统之外进行。手术中部分或全部切除女性外部生殖器,或对女性生殖器官进行其他伤害。每五个案例约有四个涉及割去阴蒂和小阴唇;15%涉及最极端的做法——阴部扣锁。据悉约有 30 个非洲国家和几个西亚国家实行切割女性生殖器官。据报告,欧洲、北美、澳大利亚和新西兰的移民社区也有此种现象。在一些国家——例如吉布提、埃及、厄立特里亚、马里和索马里——90%以上的妇女做了这种手术(联合国,2000 年<sup>c</sup>)。

219. 实行切割女性生殖器官最常引用的理由是维持社会接受和保护女孩的名誉。在一些地方,除非女孩已被割礼,否则会被认为嫁不出去。人口与健康调查发现,在此种做法盛行的国家中,70%以上的妇女支持这种做法。就连反对切割女性生殖器官的妇女都选择让其女儿做这种手术,因为有社区压力和家里老人的影响(联合国,2000 年<sup>c</sup>)。

220. 联合国大会通过了几项决议，呼吁各国政府消除切割女性生殖器官的做法，一些国家通过了禁止这种做法的立法。加纳在 1994 年成为取缔切割女性生殖器官的第一个非洲国家；布基那法索、科特迪瓦和塞内加尔后来也这样做了。乌干达在 1995 年通过了新宪法。该宪法指出，“本宪法禁止不利于妇女尊严、福利或利益或破坏其地位的法律、文化、习俗或传统。”（生殖法和政策中心，2000 年）。在乌干达卡普乔鲁瓦地区，一个项目将切割女性生殖器官本身与这种做法所支持的文化价值观念分开，并提议支持这些理想的其他活动，从而大大减少了这种做法的发生率。当地社区领导人参加了该进程的所有阶段，并为社区各界人士举办了提高认识讲习班。切割女性生殖器官在 1996 年减少了 36%（Chekweko, 1998 年）。

221. 一种极端形式的基于性别的暴力行为被称为为维护名誉而杀人，其主要目的是控制妇女的性行为。在西亚和南亚许多国家发生为维护名誉而杀人。妇女遭到强奸或自愿进行婚外性活动，被认为是败坏家庭声誉。在一些情况下，可能只是怀疑妇女或女孩做了可耻或丢脸的事，但这种指控足以使家庭名誉扫地。“清洗”家庭名誉的唯一办法是，由一名男性亲属杀死犯错误的妇女和女孩。一些国家的法律准许为维护名誉而杀人，但即使在没有明确准许的国家，这种罪行也可能得不到起诉。例如，约旦的《刑法》规定杀害、伤害或损害犯下通奸的女性亲属的男子可免除任何处罚。叙利亚法律有类似的豁免。在巴基斯坦、每年都有数百名妇女因通奸、乱淫、解除包办婚姻或试图离婚而被杀害（生殖法和政策中心，2000 年）。

222. 一项关于埃及亚历山大的妇女被杀害的研究发现，在所有被杀害妇女中，47%是在遭到强奸后被亲属谋杀的。黎巴嫩和也门也有为维护名誉而杀人的报道。据估计每年有几百名亚洲妇女死于为维护名誉而杀人的行为（Heise、Ellsberg 和 Gottemueller, 1999 年），但没有可靠统计数字。由于为维护名誉而杀人被视为家里的事，很少有关于这种死亡的报道，官方统计也没有记录。一些妇女能在男性亲属威胁使用暴力时逃到国外，对有危险妇女的国际支持日趋增加。自 1997 年以来，加拿大确认害怕为维护名誉而杀人是庇护理由。1999 年两名巴基斯坦妇女在联合王国获得了难民地位，因为她们担心被亲属杀害被视为构成有充分理由担心被迫害。

## 结论

223. 1994 年国际人口与发展会议通过的《行动纲领》对生殖权利和生殖健康作了广义的定义。它还使人们集中注意到性别平等、公平和赋予妇女权力。次年在北京举行的第四次妇女问题世界会议确认了妇女人权的原则，呼吁各国政府促进和保护妇女权利，包括其生殖权利，并消除阻止实现这些权利的障碍。

224. 为生殖权利奠定基础方面取得了很大进展，但要把这些权利变为政策和方案，仍需做许多工作。虽然许多国家已开始执行国际人口与发展会议上达成的各

项协定，但其他国家——特别是低收入国家——没有足够资源来提供全面的医疗服务。那次会议达成广泛国际共识以及《国际人口与发展会议行动纲领》执行情况的五年审查继续认可生殖权利和生殖健康的概念，使生殖权利可能成为未来人口政策的主要重点。

**注**

- <sup>1</sup> 不安全人工流产的定义是，由无必要技术的人实施或在不符合最基本医疗标准的环境中，或在两者兼有的情况下，终止不想要的怀孕的手术（依据世界卫生组织，《防止和管理不安全人工流产》，技术工作组的报告（1992年4月，日内瓦）（WHO/MSM/92.5）。
- <sup>2</sup> 怀孕是以某一日历年出生和流产的总数估算的。由于没有可靠资料，因自然丧失胎儿（小产和死胎率）而结束的怀孕省略不计。因此，怀孕总数以及怀孕率估计数会偏低。
- <sup>3</sup> 世界卫生组织建议，“性传染疾病”一词由“性传染感染”代替。采用“性传染感染”一词是因为它将无症状感染包括在内。此外，广泛的科学学会和出版物都采用了这一词。
- <sup>4</sup> 世界卫生组织将青春期少年定义为10至19岁年龄组的人，青年被定义为15至24岁的年龄组。“年轻人”合并了这两个重叠的年龄组，年龄范围为10至24岁。

## 参考资料

- Abbasi-Shavazi, J. (2001). Below-replacement fertility in Iran: progress and prospects. Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) Seminar on International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies, Tokyo, 21-23 March 2001.
- AbouZahr, Carla (1998). Maternal mortality overview. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray and A. D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank.
- AbouZahr, C., E. Ahman and R. Guidotti (1998). Puerperal sepsis and other puerperal infections. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray and A. D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank, p. 205.
- Agoestina, T., and A. Soejoenoes (1989). *Technical Report on the Study of Maternal and Perinatal Mortality, Central Java Province*. Republic of Indonesia, Coordinating Board of Indonesian Fertility Research (BKS PENFIN)/Ministry of Health.
- Alan Guttmacher Institute (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Arno, J., and others (1994). Age and clinical immunity to infections with Chlamydia trachomatis. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 21, No. 1, pp. 47-52.
- Atrash, H., S. Alexander and C. Berg (1995). Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology* (New York), vol. 86, No. 4 (February).
- Barge, S., and others (1998). *Availability of Abortion Services in Rural Government Clinics in Four States of India*. Baroda, Gujarat, India: (Baroda, Gujarat) Centre for Operations Research and Training.
- Becker, Stan (1993). The determinants of adolescent fertility with special reference to biological variables. In *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Ronald Gray, Henri Leridon and Alfred Spira, eds. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press, pp. 21-49.
- Berglund, T., H. Fredlund and J. Giesecke (2001). Epidemiology of the re-emergence of Gonorrhoea in Sweden. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 28, pp. 111-114.
- Blanc, Ann (2000). *The Relationship Between Sexual Behavior and Level of Education in Developing Countries*. Geneva: UNAIDS.
- Blanc, Ann K., and Ann Way (1998). Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 106-116.
- Bongaarts, John, and Judith Bruce (1995). The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 26, No. 2 (March/April), pp. 57-75.
- Bongaarts, J., and G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, vol. 24, No. 2, pp. 271-291.
- Borisenko, K. K., L. I. Tichonova and A. M. Renton (1999). Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 10, No. 10 (October), pp. 665-668.
- Bozon, M. and E. Enoch (1999). Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Population et Sociétés* (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), No. 345 (avril).
- Bozon, M., and O. Kontula (1998). Sexual initiation and gender in Europe: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In *Sexual Behaviour and*

- HIV/AIDS in Europe*, M. Hubert, N. Bajos and Th. Sandfort, eds. London: UCL Press, pp. 37–67.
- British Broadcasting Corporation (2001). AIDS tops African agenda (August).
- Brown, Elisabeth, and Alfred Dittgen (2000). Fertility of married and unmarried couples in Europe. Paper presented at the Fertility and Family Surveys Flagship Conference: Partnership and Fertility. A Revolution? Brussels, Belgium, 29–31 May 2000.
- Bumpass, Larry L., and Hsien-Hen Lu (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies* (London), vol. 54, No. 1 (March), pp. 29–41.
- Bunnell, R. E., and others (1999). High prevalence and incidence of sexually transmitted diseases in urban adolescent females despite moderate risk behaviour. *Journal of Infectious Diseases* (Chicago), vol. 180, No. 5, pp. 1624–1631.
- Burstein, G. R., and others (1998). Incident Chlamydia trachomatis infections among inner-city adolescent females. *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, No. 6, pp. 521–526.
- Carr, Dara, Ann Way and R. Smith (2001). *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Sexual Experience and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Center for Reproductive Law and Policy (2000). *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. New York.
- Chekweko, Jackson (1998). Creating necessary conditions for implementing sexual and reproductive health and rights. In *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes*. UNFPA Expert Round Table Meeting, Kampala, Uganda, 22–25 June 1998.
- Chowdhury, Sameena, and others (2000). Nutritional status and age at menarche in a rural area of Bangladesh. *Annals of Human Biology* (London), vol. 27, No. 3 (May–June), pp. 249–256.
- Contreras, Juan M., José M. Guzmán and Ralph Hakkert (2001). Uso de anticonceptivos en adolescents. In *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*, José M. Guzmán and others eds. Mexico City, Mexico: United Nations Population Fund, pp. 129–142.
- Cook, R. L., and others (1999). Screening for Chlamydia trachomatis infection in college women with a polymerase chain reaction assay. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, No. 5, pp. 1002–1007.
- Cothe, M. F., and others (1997). Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. *Sexually Transmitted Diseases*, (Philadelphia), vol. 24, pp. 353–360.
- Cronberg, S. (1993). The rise and fall of sexually transmitted disease in Sweden. *Genitourinary Medicine* (London), vol. 69, pp. 184–186.
- Crossette, Barbara (2001). In India and Africa, women's low status worsens their risk of AIDS. *The New York Times* (26 February).
- De Browere, V., R. Tonglet and W. Van Lerberghe (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West? *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, No. 10, pp. 771–782.
- Denmissie, K., and others (2000). *Perinatal Health Indicators for Canada*. Ottawa, Canada: Canadian Perinatal Surveillance System.
- De Vos, Susan (2000). Nuptiality in Latin America. In *Till Death Do Us Part: A Multicultural Anthology on Marriage*, Sandra L. Browning and Robin R. Miller, eds. Stamford, Connecticut: JAI Press.
- Dittus, Patricia J., James Jaccard and Vivian V. Gordon. (1997). The impact of African American fathers on adolescent sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence* (New York), vol. 26, No. 4 (August), pp. 445–465.

- Duncan, E. M., and others (1990). First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease. *The Lancet* (Baltimore, Maryland; and London), vol. 335, pp. 338-340.
- Fleming, D. T., and others (1997). Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976-1994. *New England Journal of Medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 337, No. 16, pp. 1105-1111.
- Gage, Anastasia J. (1998). Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 154-166.
- Dominique Meekers (1994). Sexual activity before marriage in Sub-Saharan Africa. *Social Biology* (Port Angeles, Washington), vol. 41, No. 1-2 (spring/summer), pp. 44-60.
- Gomez, Victor M. (1993). *Los padres, la educación y las relaciones sexuales premaritales de los hijos*. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, Programa Salud Reproductiva.
- Graham, Wendy, William Brass and Robert W. Snow (1989). Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 20, No. 3 (May-June), pp. 125-135.
- Greenwood, A. M., and others (1987). A prospective study of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 65, pp. 635-643.
- Grimes, David A. (2000). Reducing complications of unsafe abortion: the role of medical technology. Paper presented at the Meeting on Priorities and Needs in the Area of the Unsafe Abortion, United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank, Geneva, 28 and 29 August 2000.
- Guillaume, Agnès, and others (1999). *Le recours à l'avortement. La situation en Côte d'Ivoire*. Abidjan: École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA) and Institut de recherche pour le développement (IRD), Études et Recherches, No. 27.
- Guzmán, J. M., and others (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D.F.: UNFPA.
- Harrison, Abigail, and others (2000). Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No. 4.
- Heise, Lori, K. Moore and N. Toubia (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: The Population Council.
- Heise, Lori, Mary Ellsberg, and Megan Gottemoeller (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, Series L, No. 11. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Henshaw, Stanley K., and others (1998). The incidence of abortion in Nigeria. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No. 4, pp. 156-164.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh and Taylor Haas (1999a). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No. Special (January), pp. S30-S38.
- (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No. 1. (June), pp. 44-48.
- Huntington, Dale (2000). Meeting Women's Health Care Needs after Abortion. *Program Brief No. 1*. Washington, D. C.: Population Council/Frontiers.
- , and others (1998). The postabortion caseload in Egyptian hospitals: A descriptive study. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No. 1 (March), pp. 25-31.
- Hutchinson, M. Katherine, and Teresa M. Cooney (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for

- intervention. *Family Relations*, vol. 47, No. 2 (April), pp. 185-94.
- Indriso, Cynthia, and Axel I. Mundigo, eds. (1999). *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books; and New Delhi: Vistaar Publications.
- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press.
- Kamali, A., and others (1999). Seroprevalence and incidence of genital ulcer infection in a rural Ugandan population. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, pp. 98-102.
- Kandela, Peter (2000). Marrakesh: child prostitution and the spread of AIDS. *The Lancet* (Boston, Massachusetts; and London), vol. 356, No. 9246 (9 December), p. 1991.
- Kiernan, Kathleen E. (1999). Cohabitation in Western Europe. *Population Trends* (London), No. 96 (summer), pp. 25-32.
- Kishor, Sunita, and Katherine Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
- Klijzing, Erik, and Miroslav Macura (1997). Cohabitation and extra-marital childbearing: early FFS evidence. In *Proceedings of the International Population Conference, Beijing, 11-17 October 1997*, vol. 2. Liège, Belgium: International Union for the Scientific Study of Population, pp. 885-901.
- Konaté, Mamadou Kani, and others (1999). Radioscopie d'une pratique controversée. Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement provoqué dans le district urbain de Bamako. *Pop Sahel* (Bamako), No. 27 (May).
- Krone, M. R., and others (2000). Herpes simplex virus type 2 shedding in human immunodeficiency virus-negative men who have sex with men: frequency, patterns, and risk factors. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, No. 2, pp. 261-267.
- Laga, M., and others (1993). Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* (Philadelphia), vol. 7, pp. 95-102.
- Lesthaeghe, R., and P. Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, No. 2, pp. 211-228.
- Lloyd, Cynthia, and Barbara Mensch (1999). Implications of formal schooling for girls' transitions to adulthood in developing countries. In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline H. Bledsoe and others, eds. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Magun, V. S. (1998). *Revolution of Aspirations and Changing of Youth Life Strategies*. Moscow: Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences.
- McCauley, Ann P., and Cynthia Salter (1995). Meeting the needs of young adults. *Population Reports*, Series J, No. 41. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program.
- McDonald, P. (1994). Marriage, family formation, living arrangements and household composition in low fertility countries. In *Low Fertility in East and Southeast Asia: Issues and Policies*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, pp. 61-89.
- McFarlane, Carmen P., Jay S. Friedman and Leo Morris (1994). *Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993: Executive Summary, Main Findings of the Survey*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce and Margaret E. Greene (1998). *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
- Morabia, Alfredo, and Michael C. Costanza (1998). International variability in ages at menarche, first live birth, and menopause. *American Journal of Epidemiology* (Baltimore, Maryland), vol. 148, No. 12 (December), pp. 1195-1205.

- Obasi, A., and others (1999). Antibody to herpes simplex virus type 2 as a marker of sexual risk behaviour in rural Tanzania. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 179, No. 1, pp. 16-24.
- Popov, Andrej A., Adriaan Ph. Visser and Evert Ketting (1993). Contraceptive knowledge, attitudes and practices in Russia during the 1980s. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 24, No. 4 (July/August), pp. 227-240.
- Population Reference Bureau (2001). *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Quilodrán, Julieta (1999). Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1-2 (spring/fall), pp. 53-80.
- Robey, Bryant, John Ross and Indu Bhushan (1996). Meeting unmet need: new strategies. *Population Reports*, Series J, No. 43. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University.
- Ross, John A. (2001). Contraceptive and reproductive health commodity needs to the year 2015: developing world. Paper presented at the Technical Consultation Meeting on Ensuring Essential Health Commodity Security through South-South Collaboration, Kerala, India, 12-15 June.
- Royston, Erica, and Sue Armstrong, eds. (1989). *Preventing Maternal Deaths*. Geneva: World Health Organization.
- Rutenberg, N., and J. M. Sullivan (1991). Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method. In *Proceedings of Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D. C., 5-7 August 1991*, vol. III. Columbia, Maryland: International Research Development Macro International, Inc.
- Singh, Susheela, and Deirdre Wulf (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 20, No. 1.
- Singh, Susheela, and Renee Samara (1996). Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 22, No. 4 (December), pp. 148-157.
- Singh, Susheela, and others (1997). Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 23, No. 3 (September), pp. 108-115.
- (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 26, No. 1 (December), pp. 21-28.
- Thiriart, Marie-Paul. (1999). Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1-2 (spring/fall), pp. 81-115.
- Thomas, Frédéric, and others (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants. *Human Biology* (Detroit, Michigan), vol. 73, No. 2 (April), pp. 271-290.
- 联合国 (1975 年)。《联合国世界人口会议的报告, 1974 年, 布达佩斯, 1974 年 8 月 19 日至 30 日》, 出售品编号: E. 75. XIII. 3。
- 联合国 (1984 年)。《国际人口会议的报告, 1984 年, 墨西哥城, 1984 年 8 月 6 日至 14 日》, 出售品编号: E. 84. XIII. 8 和更正。
- (1988 年)。“少年生育行为”, 第一卷, “来自发达国家的证据”, 人口研究, 第 109 号。出售品编号: E. 88. XIII. 8。
- (1989 年)。“青春期少年生育行为”, 第二卷, “来自发展中国家的证据”, 人口研究, 第 109/Add. 1 号。出售品编号: E. 89. XIII. 10。
- (1990 年)。Patterns of first Marriage: Time and Prevalence. Sales No. E. 91. XIII. 6。
- (1995 年 a)。《国际人口与发展会议的报告, 1994 年 9 月 5 日至 13 日, 开罗》。出售品编号: E. 95. XIII. 18。

- (1995年b)。《妇女教育和生育行为：从人口和健康调查中获得的最近证据》，出售品编号：E.95.XIII.23。
- (1996年)。《第四次妇女问题世界会议的报告，1995年9月4日至15日，北京》。出售品编号：E.96.IV.13。
- (1998年)。《1996年世界人口监测：生殖权利和生殖健康的某些方面》，出售品编号：E.97.XIII.5。
- (1999年a)。《审查和评价实现国际人口与发展会议行动纲领各项目标和目的的进展情况：1999年报告》，出售品编号：E.99.XIII.16。
- (1999年b)。国际人口与发展会议行动纲领执行情况业务审查和评价国际论坛：秘书长转递论坛报告的说明》，E/CN.9/1999/PC/3。
- (2000年a)。《避孕用具使用率水平和趋势1998年评估》，出售品编号：E.01.XIII.4。
- (2000年b)。2000年世界人口监测：人口、性别与发展，ESA/P/WP.159。
- (2000年c)。《世界妇女：趋势与统计》，社会统计和指标，第16号，出售品编号：E.00.XVII.14。
- (2001年a)。《世界人口前景：2000年订正本，第一卷，综合表格》，出售品编号：E.01.XIII.8。
- (2001年b)。《堕胎政策：全球审查，第一卷，从阿富汗到法国》，出售品编号：E.01.XIII.10。
- (2002年b)。《2002年世界人口前景：生殖权利和生殖健康》，ESA/P/WP.171。
- 艾滋病方案 (2000年)。《全球艾滋病毒/艾滋病报告》，2000年6月，日内瓦。
- (2001年c)。《堕胎政策：全球审查，第二卷，从加蓬到挪威》，出售品编号：E.01.XIII.18。
- (2002年)。2002年世界人口前景：生殖权利和生殖健康，ESA/P/WP.171。
- (即将出版)。《堕胎政策：全球审查，第三卷，从阿曼到津巴布韦》。
- 艾滋病方案 (2000年)。《全球艾滋病毒/艾滋病报告》，2000年6月，日内瓦。
- (2001年)。《艾滋病最新情况：2001年12月》，日内瓦。
- 联合国儿童基金会 (1999年)。《过渡时期中的妇女》。关于中欧和东欧/独联体/波罗的海的儿童基金会区域监测 (MONEE) 项目，区域监测报告，第6号，意大利佛罗伦萨：儿童基金会国际儿童发展中心。
- (2000年)。《2000年世界儿童状况》，纽约，出售品编号：E.00.XX.1。
- (2001年)。《早婚：儿童配偶》，因诺琴蒂文摘，第7号，意大利佛罗伦萨：儿童基金会和因诺琴蒂研究中。
- 联合国人口基金 (2001)。《人口问题：2001年简报》，纽约。
- Valleroy, L. A., and others (2000). HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association* vol.284, No.2(12 July), pp.198-204.
- Van de Kaa, D. J. (1999). Europe and its population: the long view. In *European Populations: Unity in Diversity*, European Studies in Population, vol.6: European Population Conference, vol.1, D. Van de Kaa, others, eds. Dordrecht, Netherlands Kluwer Academic Publishers, pp.1-49.
- Webb, Douglas (2000). Attitudes to "Kaponya Mafumo": the terminators of pregnancy in urban Zambia. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol.15, No.2.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). *Unmet Need: 1990-1994. Demographic and Health Surveys Comparative*

- Studies, No.16. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- 世界银行(1993年)。《世界发展报告,1993年:保健投资》,纽约,牛津大学出版社。
- 世界卫生组织(1986年)。《青年人的健康:对社会的挑战》,卫生组织青年人和“到2000年人人享有健康”研究小组的报告,卫生组织系列技术报告,第731号,日内瓦。
- (1987年)。《研究发展中国家的产妇死亡率:一本手册》,日内瓦,WHO/FHE/87.7。
- (1991年)。《不孕症:关于原发性和继发性不孕症流行率现有数据列表》(WHO/MCM/91.9)。
- (1992年a)。《防止和管理不安全人工流产》,技术工作组的报告,日内瓦(4月),WHO/MSM/92.5。
- (1992年b)。《疾病和有关保健问题国际统计分类,第十次订正本》,日内瓦。
- (1998年)。《不安全堕胎:全球和区域不安全堕胎发生率和不安全堕胎所导致死亡率估计数,附现有国家和数据清单》,第三版,日内瓦(7月),WHO/RHT/MSM/97.16。
- (1999年)。《减少产妇死亡率:卫生组织/人口基金/儿童基金/世界银行的联合声明》,日内瓦。
- (2000年a)。《对女性生殖器官的残害》,卫生组织的概况介绍,第241号。
- (2000年b)。《紧急避孕》,卫生组织的概况介绍,第244号。
- (2001年a)。《发展中国家青年人间性关系:来自卫生组织个案研究的证据》,日内瓦,WHO/RHR/01.08。
- (2001年b)。《管理性传染感染的指导方针》,日内瓦。
- 世界卫生组织/联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案(艾滋病方案)(1997年)。《性传染疾病:预防和治疗的政策和原则》,日内瓦。
- Wyshak, G., and R. Frisch(1982). Evidence for a secular trend in age at menarche. *The New England Journal of Medicine*(Boston). vol.306, No.17(April), pp.1033-1035.
- Xenos, Peter, and others(2001). The timing of union formation and sexual onset: Asian evidence from Young Adult Reproductive Health Surveys. *East-West Center Working Paper*, No.108-4(September) Population Series. Honolulu: Hawaii.
- Zabin, Laurie, and Karungari Kiragu(1998). The health consequences of adolescent sexuality and fertility behaviour in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*(New York), vol.29, No.2(June), pp.210-232.

