



亚洲及太平洋经济社会委员会

《亚洲及太平洋人口与发展问题
部长级宣言》中期审查

2018年11月26日至28日，曼谷
临时议程* 项目3(b)

关于《国际人口与发展会议行动纲
领》、其进一步落实的关键行动和
《亚洲及太平洋人口与发展问题部
长级宣言》的实施的实施工作中新
出现的问题和差距的专题讨论

推进性别平等和普遍享有性健康和生殖健康以及生殖权利

秘书处的说明

摘要

性别平等和性健康和生殖健康与权利是《国际人口与发展会议行动纲领》和《亚洲及太平洋人口与发展问题部长级宣言》的核心。它们也在《2030年可持续发展议程》中占据显著的位置，特别是关于“确保健康的生活方式”（目标3）和“实现性别平等”（目标5）的可持续发展目标。然而，性别平等和性健康和生殖健康及权利是贯穿各领域的问题，对总体上实现可持续发展至关重要。本文件概述了性健康和生殖健康及权利、基于性别的暴力和有害的习俗的程度和趋势，并重点指出了其与实现性别平等目标的相互关系。

一. 引言

1. 在1994年国际人口与发展会议上，会员国申明，实现性别平等，以及使妇女和女孩平等获得参与、机会、信息和服务的机会，取决于妇女和女孩充分实现其性健康和生殖健康及权利，并且是其先决条件。《国际人口与发展会议行动纲领》和《2030年可持续发展议程》合起来构成了一个整体框架，其中包含为实现性别平等以及性健康和生殖健康与权利必须履行的承诺。作为《行动纲领》20年审查的一部分而制定的《亚洲及太平洋人口与发展部长级宣言》于2013年在第

* ESCAP/APPC/2018/L.1。

六次亚洲及太平洋人口会议上获得通过，其中根据《行动纲领》作出了全面的承诺。

2. 在过去的二十年里，全球和本区域在性健康和生殖健康方面的投资产生了深远和可衡量的效益。然而，持续存在的性别不平等、对优质和有针对性的性健康和生殖健康服务的投资不足，以及全面解决与性健康和生殖健康有关问题的意愿不强，使这一进展受到损害。

3. 虽然亚太区域在减少孕产妇死亡方面取得了前所未有的进展，但在 2015 年本区域仍有 85 000 名妇女在分娩时死亡。尽管在普及避孕药具方面取得了重大进展，但在 2017 年本区域估计仍有 1.32 亿妇女的避孕需求未得到满足。在获得熟练助产护理和产前护理服务方面，仍然存在严重的不平等。在发生人道主义紧急情况时，能获得的医疗服务有限，保护系统崩溃，这加剧了现有的与怀孕有关的疾病和死亡以及性别暴力方面的脆弱性。

4. 在消除基于性别的暴力方面取得的进展包括：制定了相关法律，提高了执法能力，并提供了相关服务。然而，依然存在一些障碍，其中包括缺乏优质服务、司法系统不友好和存在有害的社会文化习俗，而这是基于性别的暴力仍被接受和少报的根本原因。¹ 童婚和带性别偏见的性别选择等有害习俗顽固存在，其根源在于性别不平等和对女孩的不重视。在整个区域，一些法律、政策和做法继续歧视妇女和女孩，损害了她们的权利。

5. 本文件审查了亚洲及太平洋在实现《行动纲领》《亚洲及太平洋部长级宣言》和《2030 年议程》所载承诺方面取得的进展。重点指出了性别不平等和其他形式的不平等与脆弱性之间的相互联系，这些问题给整个亚太区域的妇女和青年享有和实现性健康和生殖健康权利带来了不少挑战。

二. 性别平等与性健康和生殖健康及权利之间的相互联系

6. 对性健康和生殖健康及权利进行投资可以拯救生命，推进性别平等，改善健康和福祉，帮助妇女获得优质教育并找到体面工作，提高生产力和家庭收入，改善儿童健康和福祉，从而有助于实现更广泛的发展目标。性别平等是实现性健康和生殖健康及权利(包括个人和夫妇自由和负责任地决定子女人数和生育间隔的权利)的先决条件。

7. 在享有性健康和生殖健康及权利方面的不平等与性别不平等相互交叉，并因性别不平等而加剧。妇女经常遭受基于性别的歧视，而这又加剧了其他方面的不平等，不管是经济或地理方面的不平等，还是特定人口群体面临的不平等。污名化、歧视和社会排斥给享有和实现性健康和生殖健康及权利造成严重障碍。财富、教育和农村住所方面的差距越来越大，使这些障碍进一步加剧。

¹ 见 E/ESCAP/GEWE/1。

8. 性别不平等体现于对妇女和女孩的暴力行为和有害的习俗，损害了她们决定是否、何时或与谁结婚，以及是否、何时或间隔多久怀孕的权利。妇女和青年缺乏性和生殖独立决定能力，这体现于孕产妇死亡率、意外怀孕和避孕需求未得到满足的程度严重，以及在获得性和生殖健康服务方面面临挑战，包括在合法情况下的安全堕胎和堕胎后护理。不良的性健康和生殖健康后果限制了妇女和女孩接受教育、就业和赚取收入的机会，削弱了她们像男子和男孩那样平等地参与生活各个领域的的能力。

9. 在整个亚太区域，许多妇女和女孩在发言权、参与以及获得教育和就业机会方面继续遭受相当严重的不平等，她们更有可能遭受贫困和脆弱性。在整个区域，妇女完成中等教育的机会比男子少，妇女从事全职工作的可能性也比男子低。² 2017年，东欧和中亚在经济参与、教育程度、健康和福祉以及政治参与方面的性别差距为29.4%，东亚和太平洋为32%，南亚为34%。³

10. 处理歧视性的法律、政策和习俗，并改变不平等的性别权力关系，对于确保妇女免受暴力侵害及确保其身体自主权和独立决定能力，使她们自己能作出关于性健康和生殖健康及权利的决定并就此采取行动，是必要的。

三. 性健康和生殖健康、服务和权利

A. 孕产妇健康

11. 贫穷和性别不平等对孕产妇健康会产生重大影响。贫穷使享有孕产妇保健服务不足的情况更加恶化，并造成贫困和服务不足地区的服务不足、无法获得和费用高昂。性别准则优先将男子和男孩的福祉和获得保健服务的机会凌驾于妇女和女孩之上，这使妇女缺乏经济选择和自主权的情况更加恶化。贫困和教育程度较低的农村妇女和女孩的意外怀孕更为普遍，她们获得优质孕产妇保健服务的机会更少。贫困家庭的女孩更有可能在青少年时期生育，她们获得熟练助产士和产前护理的机会也更少。怀孕带来的健康风险损害了妇女照顾家庭和参与社会经济生活的能力，并损害了家庭抵御经济和环境冲击的能力。

12. 在《千年发展目标》时代，本区域取得了前所未有的进步，2000年至2015年期间，本区域孕产妇死亡率下降了61%。⁴ 尽管取得了这一进步，但2015年

² 《2030年可持续发展议程》时代亚洲及太平洋的不平等(联合国出版物，出售品编号：E.18.II.F.13)。

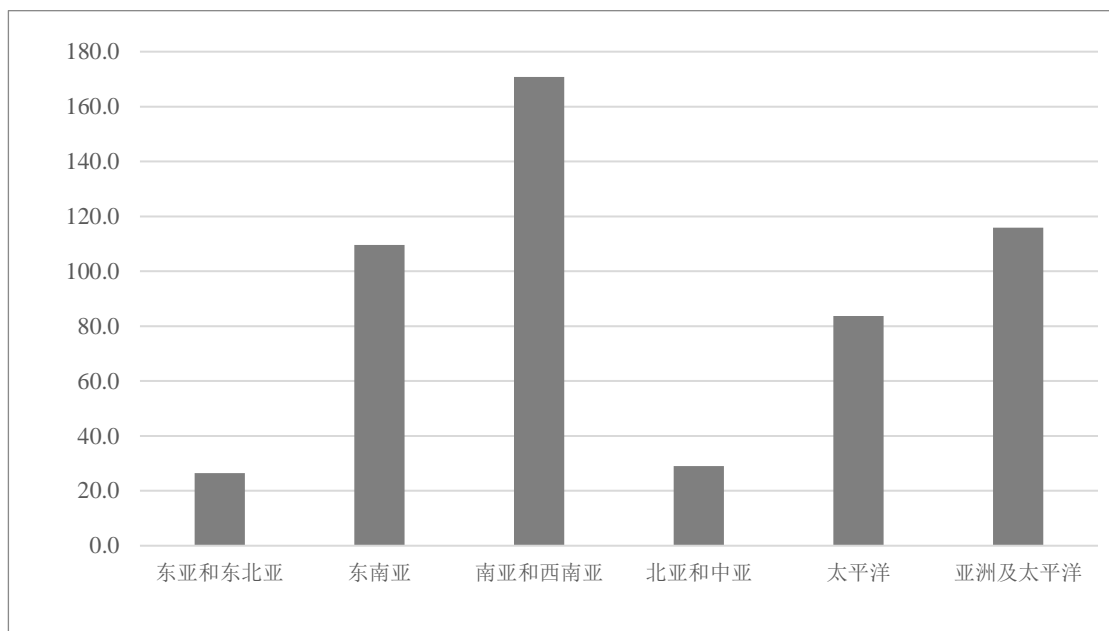
³ World Economic Forum, *The Gender Gap Report 2017*, (Geneva, 2017)。

⁴ 亚洲及太平洋经济社会委员会(亚太经社会)、亚洲开发银行和联合国开发计划署，《让梦想成真：亚洲及太平洋技术、金融和统计促进可持续发展—2014/2015年亚太区域千年发展目标报告》(曼谷，2015年)。

亚洲及太平洋区域仍有 85 000 名妇女在分娩时死亡，其中 75%死于五大可预防孕产妇死因。⁵ 如图一所示，南亚、东南亚和东南亚的孕产妇死亡率最高。

图一

2015 年亚太区域按次区域分列的孕产妇死亡率
(每 100 000 名新生儿)



资料来源：亚太经社会统计在线数据库(基于经济和社会事务部统计司的全球可持续发展目标指标数据库的数据)。可查询：http://data.unescap.org/escap_stat/(2018 年 6 月 18 日登录)。

13. 平均而言，要实现到 2030 年将孕产妇死亡率降低到每 10 万活胎 70 例的《可持续发展目标》具体目标 3.1，所需进展要比当前趋势快 2 至 3 倍。⁶

14. 冲突和灾害阻碍了降低孕产妇死亡率的进展。在亚洲及太平洋，在流离失所或受灾害影响的人口中，大约有 4%的妇女会怀孕，其中 15%的人将出现与怀孕有关的并发症。⁷ 卫生系统的崩溃和获得服务的机会减少会使死亡率急剧上升，原因是在稳定的条件下很容易医治的并发症。许多妇女也无法获得避孕药具，使她们面临意外怀孕、艾滋病毒和性传播感染。

⁵ 世界卫生组织(世卫组织)，《1990 年至 2015 年孕产妇死亡率趋势——世卫组织、儿基会、人口基金、世界银行集团和联合国人口司所作估计》(日内瓦，2015 年)。

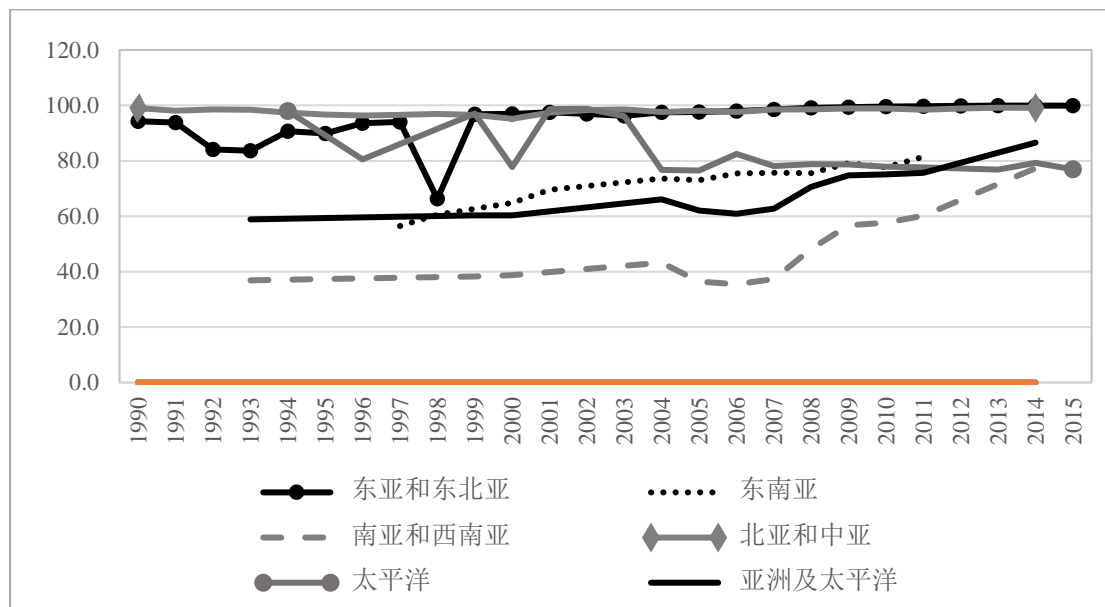
⁶ Susan Nicolai and others, “Projecting progress: reaching the SDGs by 2030” (London, Overseas Development Institute, 2015)。

⁷ 联合国人口基金(人口基金)，《亚太区域的应急准备和反应》，2017 年 2 月。

15. 为了降低可预防的孕产妇死亡率和改善孕产妇健康，需要不断提供高质量的保健服务，包括由熟练的服务提供者提供产前护理和由保健机构熟练的护理人员接生。虽然在 1990 年至 2014 年期间，获得的熟练助产护理和产前护理服务有所增加，但覆盖面仍然没有达到普及的程度(图二)。

图二

1990 - 2014 年亚洲及太平洋按次区域分列的熟练助产服务情况
(百分比)



资料来源：亚太经社会统计在线数据库(基于统计司的全球可持续发展目标指标数据库的数据)。

备注：空白单元格已被插值。

16. 国家内部存在巨大差异，特别是考虑到城乡差异和财富差异时：例如，在南亚，农村(42%)和城市(75%)地区的覆盖率差距为33%。⁸

17. 在本区域，在至少接受四次产前护理服务方面的覆盖率不均衡。1990年至2014年，东南亚的覆盖率从45%增加到84%，而南亚则落在后面，仅从23%增加到36%。⁹ 各国的覆盖率差别很大，从很低的阿富汗(23%)、孟加拉国(31%)和巴基斯坦(37%)到几乎全民覆盖的泰国(91%)和斐济(94%)不等。除阿塞拜疆(66%)和塔吉克斯坦(52%)外，北亚和中亚国家的覆盖率超过90%。¹⁰ 城市与乡村与财富五分位的居民之间仍然存在巨大差异。

⁸ 联合国，《2015年千年发展目标报告》(纽约，2015年)。

⁹ 同上。

¹⁰ 亚太经社会统计在线数据库(基于统计司的全球可持续发展目标指标数据库的数据)(见图一)。

18. 需要继续努力，确保提供高质量的、便利的基本和全面产科急诊和新生儿护理服务。产科瘘仍然是女童和妇女发病、痛苦和社会孤立的一个重要原因，特别是在南亚国家，那里农村地区的医疗和社会服务仍然存在很大缺口。

19. 费用是接受孕产妇保健服务的一个重大障碍，包括医疗费和路费。求医问药的机会成本，包括不得不停止生产性工作以及无偿护理责任，也阻碍贫穷妇女接受孕产妇护理服务。亚太地区高昂的医疗费用和自付费用使这些障碍更加严重。

20. 不安全堕胎是孕产妇死亡和残疾的主要但可预防的原因。在亚洲，每年估计会发生 5 380 万次意外怀孕，其中有 3 550 万次(65%)以堕胎告终。¹¹ 在大洋洲，每年有 4 000 次意外怀孕，其中 1 520 次(38%)以堕胎告终。2010 年至 2014 年期间，平均年堕胎率估计为：亚洲每 1 000 名育龄妇女 36 例，大洋洲每 1 000 名育龄妇女 19 例。

21. 当(a)使用世卫组织推荐的方法，以及(b)训练有素的人使用这些方法时，人工流产被认为是安全的；当只满足(a)或(b)时，被认为是不够安全的，当两者都不满足时，则被认为最不安全。在亚洲，据估计，62%的堕胎被认为是安全的，30%的堕胎被认为是不够安全的，8%的堕胎被认为最不安全。

22. 在堕胎受到法律严格限制的环境中，堕胎更有可能不安全。即使在堕胎是合法的地方，许多妇女在利用负担得起和容易获得的安全和合法的方法方面仍然面临着障碍。这些障碍包括：很难找到提供堕胎服务的人，保健设施条件不达标，对堕胎的法律状况缺乏认识，以及担心终止妊娠会被污名化，这可能导致她们被孤立、羞耻和内疚，从而会损害妇女的健康和福祉。

23. 在本区域，每年约有 460 万妇女因堕胎并发症接受治疗。2014 年，在亚洲所有孕产妇死亡(5 400 例死亡)中至少有 6%是不安全堕胎造成的。贫穷的农村妇女最有可能遭受不安全堕胎和严重并发症。需要改善和扩大堕胎后综合护理服务的提供和质量，以减少不安全堕胎造成的疾病和死亡。

24. 避孕需求得不到满足与堕胎之间有着明显的关联。大多数妇女堕胎是因为她们不打算怀孕时意外怀孕。尤其是年轻妇女意外怀孕的风险很高，导致不安全堕胎率很高。解决避孕需求得不到满足问题对于减少意外怀孕以及随之而来的流产或意外分娩至关重要。

B. 计划生育服务

25. 实现决定是否怀孕、何时怀孕以及间隔多久怀孕的权利，对于实现性别平等和增强妇女权能至关重要。意外怀孕限制了妇女和女孩接受教育、公民参与和经济发展的机会。降低生育率有助于提高妇女的预期寿命，并使妇女能够寻求经济机会。家庭规模较小与提高女孩的教育程度和对女孩的投资有关联。

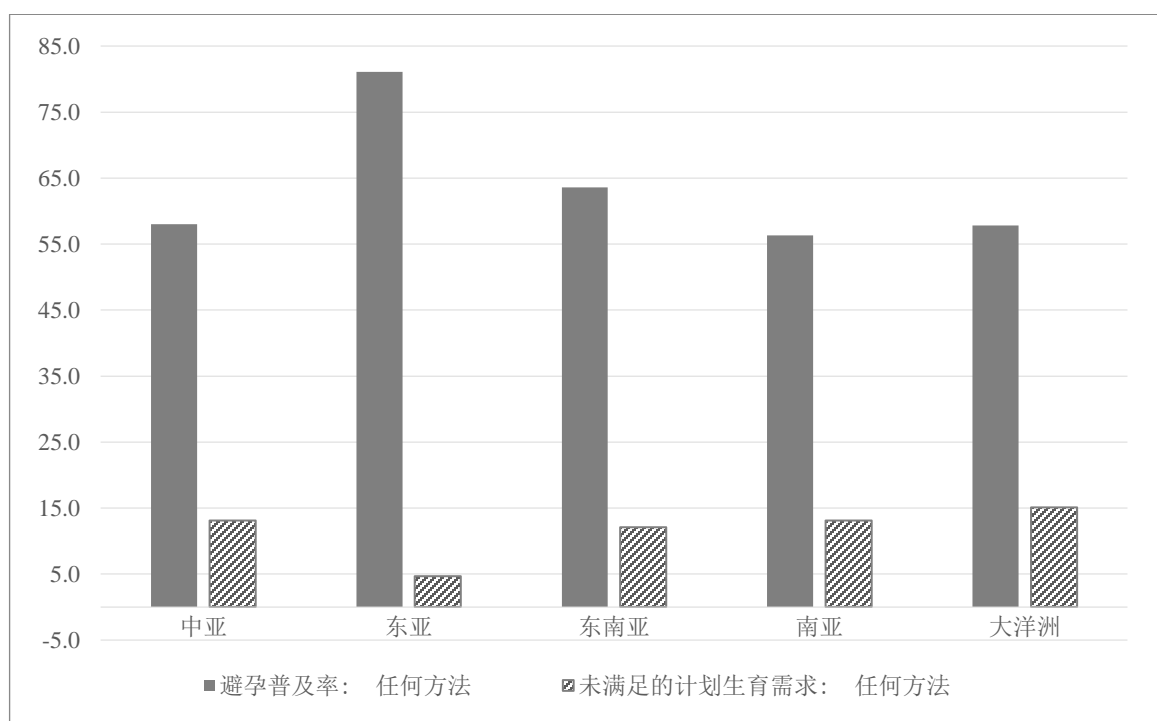
¹¹ Guttmacher Institute, “Abortion in Asia: fact sheet”, March 2018.

26. 在全球范围内，有近一半 15-49 岁的女性无法自己决定其医疗保健、避孕措施的使用和性关系，而在亚洲，31.5%的女性不能自己做这些决定。¹² 处于暴力关系中的妇女更有可能报告说，她们无法协商使用避孕措施。由于缺乏独立决定和决策权，秘密使用避孕药具也会增加妇女遭受暴力的风险。

27. 自 1980 年以来现代避孕器具的使用有所增加，一半以上的已婚和同居妇女使用现代避孕方法，但在 2017 年，估计亚太地区仍有 1.32 亿妇女的避孕需求未得到满足。计划生育需求未得到满足的妇女的比例从东亚的 4.7%到太平洋地区的 15.1%不等(图三)。南亚是世界上现代避孕需求没得到满足的妇女绝对数量最多的地区(7 000 万)。¹³ 未满足的需求被大大低估，因为现有数据只反映了已婚或同居妇女的未满足需求。

图三

2018 年亚洲及太平洋区域 15 至 49 岁已婚或同居妇女避孕普及率和计划生育需求未满足的中值估计数
(百分比)



资料来源：联合国经济和社会事务部人口司，“2018 年计划生育指标的估计数和预测数”。

备注：所示次区域与亚太经社会次区域不对应。

¹² 《2017 年可持续发展目标报告》(联合国出版物，出售品编号：E.17.I.7)。

¹³ Guttmacher Institute, “Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017 - fact sheet”, December 2017.

28. 此外，如果一名妇女在某个特定时间使用避孕方法，她的避孕需求被视为“满足”，但这并不一定能反映她做出知情选择的能力。在发展中国家，女性绝育和宫内节育器占组合方法的60%以上。¹⁴ 需增加投资，以确保整个区域能知情选择避孕方法。提供全套避孕方法和优质服务将使妇女和女孩能够根据其生育偏好、性行为和健康状况，采用新方法或改用适当的方法。

29. 满足亚洲未满足的避孕需求，能使意外怀孕减少75%(从5200万减少到1300万)，计划外分娩减少77%(从1300万减少到300万)，堕胎减少75%(从3300万减少到800万)。充分提供现代避孕器具，加上对所有孕妇和新生儿的护理，将使孕产妇死亡率减少72%(从每年90000人减少到25000人)，新生儿死亡人数减少77%(从150万人减少到328000人)。除了实现妇女获得信息和服务的权利以及在决定生育生活时行使选择权和独立决定能力外，这还能提高妇女的教育程度、劳动力参与率和收入，并增加家庭储蓄和资产。

C. 艾滋病毒和其他性传播感染

30. 亚洲及太平洋是世界上艾滋病毒感染者人数第二多的区域，2016年艾滋病毒感染者人数估计有510万。中国、印度和印度尼西亚约占艾滋病毒感染者总数的75%，占有新感染者的70%。2010年至2017年期间，其治疗覆盖率翻了一番多——与艾滋病毒/艾滋病相关的死亡人数减少了30%，但仍低于全球平均水平53%。¹⁵ 2017年，获得预防母婴传播治疗的孕妇比例为46%，远低于全球平均值76%。¹⁶

31. 2016年，亚洲及太平洋估计有280000个新增艾滋病毒感染病例。近年来，在减少新增艾滋病毒感染病例方面的进展有所减缓，一些国家的疫情在上升。虽然从2010年到2016年，新增艾滋病毒感染病例下降了13%，但下降速度太慢，远无法达到商定的目标，也无法在2030年结束这一流行病。¹⁷

32. 大多数新增艾滋病毒感染病例发生在感染艾滋病毒风险较高的关键人群中，包括注射毒品者、性工作者、变性人、囚犯和男男性行为者。关键人群往往受到高度羞辱，在一些国家，其行为被定为刑事犯罪，这给有效应对艾滋病毒造成了障碍。有超过23个国家就相关法律和政策进行了国家审查或磋商，以处理阻碍有效应对艾滋病毒的法律和政策障碍。

33. 在全球范围内，艾滋病毒是育龄妇女死亡的主要原因。有害的社会风俗、性别不平等、贫穷和暴力增加了妇女接触不安全性行为的风险。男女之间不平等的权力关系阻止妇女使用避孕套并坚持使用避孕套。在亚洲及太平洋，妇女占有

¹⁴ 人口基金，《普及生殖健康：进展和挑战》（2016年1月，纽约）。

¹⁵ 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署），《2017年艾滋病署的数据》（2017年，日内瓦）。

¹⁶ 艾滋病署，《快照：亚洲及太平洋艾滋病毒疫情》（曼谷，2017年）。

¹⁷ 艾滋病署，《2017年艾滋病署数据》。

感染艾滋病毒成人的 35%。¹⁸ 在柬埔寨、缅甸和泰国等成熟的疫情中，艾滋病毒感染风险较高的男性的女伴正成为艾滋病毒感染者中的一大群体。¹⁹

34. 感染艾滋病毒的妇女和女性主要人群经常受到歧视，她们的意外怀孕率过高。接受艾滋病毒服务为处理妇女的艾滋病毒问题和满足更广泛的性健康和生殖健康需求，提供了重要机会。基于性别的暴力与艾滋病毒之间也有重要的交叉关系。基于性别的暴力既是艾滋病毒的原因，也是艾滋病毒的后果。基于性别的暴力增加了感染艾滋病毒的风险，也是对艾滋病毒感染者的羞辱和歧视的结果。

35. 2015 年，西太平洋和东南亚共有 2.07 亿例可治愈性传播感染新病例，占全球新性传播感染的近 60%。²⁰ 关于性传播感染的数据有限和报告的不一致损害了有效的应对措施。性传播感染，如不进行治疗，会增加艾滋病毒传播的风险，并导致一些并发症，如不孕、异位妊娠、流产、胎儿死亡和先天性感染。经证实，人乳头状瘤病毒感染是宫颈癌发生的前提条件。尽管在减少孕产妇梅毒导致的不良妊娠后果方面取得了进展，但它仍然是一个沉重的负担，甚至在接受了产前护理的妇女中也是如此。预防和治疗性传播感染工作在很大程度上是由艾滋病毒应对措施推动的。在本区域，特别是太平洋，性传播感染率很高，对普通民众的性传播感染给予专门关注至关重要。

36. 将艾滋病毒预防服务，包括自愿咨询和检测，与性保健和生殖保健服务相结合，可增加艾滋病毒的自愿筛查，提高对感染艾滋病毒和其他性传播感染风险的认识。

D. 青年人的性健康和生殖健康及权利

37. 本区域大约有 6.9 亿 15 至 24 岁的青少年和年轻人。青年人能使用媒体和高度城市化和全球化有助于改变他们的性价值观、准则和行为，而这往往与对待婚前性行为的传统社会文化态度相冲突。本区域很大一部分年轻人的性生活活跃，有婚前性行为的人数越来越多。然而围绕婚前性行为的强大的文化禁忌和有害的性别准则依然存在。婚前女性的贞洁和贞操仍然受到高度重视，结果是婚前性行为会带来极大的羞辱和耻辱，并阻碍未婚年轻女性获得信息和服务。关于青少年性行为的传统观点导致医保工作者不愿向年轻人提供信息或服务。

38. 在本区域，许多年轻人缺乏谈判安全和双方同意的关系的知识和生活技能，在获得避免不安全的性行为及其后果所需的服务和商品方面，面临着一些障碍。因此，她们面临早孕和意外怀孕、不安全堕胎、性传播感染和艾滋病毒的风险。如果年轻人来自贫困家庭，由于种族、残疾、移民身份、性和性别认同等因素而被边缘化，这些风险就会被放大。

¹⁸ 艾滋病毒，《快照：亚洲及太平洋艾滋病毒疫情》（曼谷，2016 年）。

¹⁹ 联合国促进性别平等和增强妇女权能署（妇女署），《政策和方案指导：艾滋病毒和基于性别的暴力——预防和应对亚洲及太平洋区域相互关联的流行病》（曼谷，2016 年）。

²⁰ 世卫组织，《2015 年全球的性传播感染监测报告》（2016 年，日内瓦）。

39. 有相当大一部分少女和年轻妇女报告说，她们遭受过肢体暴力和性暴力，包括强迫性行为，这加剧了不良后果的风险，如早孕和意外怀孕、不安全堕胎、性传播感染和艾滋病毒的风险。²¹ 经历过强迫或胁迫性行为的少女在未来的性接触中不太可能使用避孕套或其他避孕方法。

1. 青少年怀孕

40. 尽管南亚的少女怀孕率下降了 40%，这反映了童婚的减少，但在过去 20 年里，本区域的少女总怀孕率仅略有下降。事实上，与全球趋势相反，东南亚和太平洋有几个国家的少女怀孕率呈上升趋势。²²

41. 2015 年，整个亚太区域有 520 万名孩子是由少女生下的，其中大多数少女已经结婚。在本区域，青少年生育率为平均每 1 000 名青少年 30.6 个活胎。目前，东南亚的早育率最高，15 至 19 岁少女的生育率为平均每 1 000 名青少年 47 个活胎。²³ 在本区域的所有少女怀孕中，有 43% 是意外怀孕，²⁴ 这造成不安全堕胎的重大负担，而且往往报告不足。

42. 在本区域到 18 岁的女孩中，有七分之一的已经有过分娩，超过三分之一的女孩已婚。虽然大多数少女生育继续发生在已婚少女中，但在亚洲，在 20 岁之前的第一次生育中有 25% 是婚前怀孕，这表明婚前怀孕促成了许多少女早婚和结合。

43. 早育不仅会对健康产生重大影响，而且加剧了性别不平等，频繁导致女孩辍学，降低她们将来的收入潜力，使她们陷入贫困循环。处理与青少年特别是针对女孩的性行为有关的污名化和歧视性社会风俗，以及营造使性活跃的青少年能够获得信息和服务以保护其性健康和生殖健康及权利的法律和政策环境，可以有助于降低青少年怀孕率，并确保年轻妇女能够获得教育和就业。

2. 使用避孕药具

44. 据估计，亚洲及太平洋有 630 万 15 至 19 岁少女的避孕需求未得到满足。已婚女孩避孕率为 22%，其中只有 16% 使用现代避孕方法，有 24% 的需求未得到满足。尽管性活跃的未婚少女使用某种避孕方法的比例较高(41%)，但只有 21% 使用现代方法，只有 6% 使用更有效的方法。南亚和太平洋岛国的避孕率特别低，尤其

²¹ 人口基金、联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)和世卫组织，《亚洲及太平洋青年人的性健康和生殖健康：问题、政策和方案审评》(2015 年，人口基金，曼谷)。

²² 人口基金，《普及生殖健康》。

²³ Population Reference Bureau, “2017 world population data sheet with a special focus on youth” (Washington, D.C., 2017)。

²⁴ Jacqueline E. Darroch and others, “Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents - report”, Guttmacher Institute, May 2017。

是 15 至 19 岁的女孩，与东亚和东南亚相比，未满足的需求也很高。在亚洲及太平洋，据估计，50%的未婚性活跃女孩(15 至 19 岁)缺乏避孕手段。²⁵

45. 影响年轻人使用避孕手段的因素因次区域和婚姻状况不同而不同。例如，南亚年轻已婚妇女避孕率低，这与童婚盛行、婚后不久生育子女的社会压力以及年轻已婚女孩缺乏就生殖问题做出知情决定的信息、权力和手段是一致的。

3. 获得性健康和生殖健康服务及信息

46. 本区域大多数国家的国家法律和政策已解决了青年人的性健康和生殖健康问题，包括为此提供了基于权利的国家性健康和生殖健康方案。一些国家还通过了一些法律，明确承认年轻人具有对自身健康做出独立决定的不断成熟的能力。然而，也有一些法律和政策会阻止获得服务——例如阻止未婚者获得服务——或者要求 18 岁以下的人需获得父母同意才能获得服务。

47. 青年人从法律上可同意性行为、婚姻和医疗的年龄因国家不同有很大差异，也因青年是男性还是女性有很大不同。虽然关于同意性行为的年龄限制的法律对于保护年轻人免受性虐待和性剥削很重要，但起草这些法律时不应阻止那些进行对等自愿性行为的人获得服务。例如，一些国家根据儿童权利委员会关于“在青少年期落实儿童权利”的第 20 号一般性意见(2016 年)的建议，没有将年龄相近的青少年之间的性行为定为犯罪。

48. 几乎所有国家的国家政策都提到了关爱青年的保健服务，这些服务向青年人提供方便、适当和可接受的优质保健，大多数国家已经或正在制定关于指导提供关爱青年的保健服务的国家标准。然而，迄今为止，这些服务的规模有限，覆盖面很小，原因有多种，包括预算不足、设施基础设施差和缺乏隐私、医务工作者培训不足和支持性监督不足，以及年轻人对服务的认识有限。年轻人缺乏支付使用费所需的现金，而且其独立于父母获得服务的自由有限。

49. 事实证明，全面的性教育——通过提供科学上准确、现实和非妄下判断的信息，采用适合其年龄、文化上具有相关性的做法进行关于性和两性关系的教学——能够提高其知识和自尊，改变态度和行为，促进更加性别平等的关系。处理好性别或权力关系的方案的有效性是不处理好这些关系的方案的五倍。接受高质量全面性教育的年轻人更有可能推迟初次性行为，使用避孕套和避孕药具，其性传播感染、艾滋病毒和意外怀孕的发生率较低，并且不太可能有暴力关系。

50. 因为受到歧视和虐待的年轻人的性健康和生殖健康差的风险最高，所以需要特别注意确保全面的性教育能应对歧视性的社会和性别习俗，并处理所有年轻人的现实和权利问题。

51. 全面性教育的政策与执行之间仍然存在很大差距。一项对 11 个亚洲国家的

²⁵ 人口基金，《普及生殖健康》。

审查发现，针对许多失学青少年和青年的外联战略仍然面临着严重的挑战。²⁶ 增加对具有性别变革性并以校内和校外的生活技能为基础的适龄青少年全面性教育的投资，对于实现青年人的性健康和生殖健康及权利以及促进性别平等和促进非暴力、相互尊重的关系，至关重要。

E. 基于性别的暴力和有害习俗

1. 基于性别的暴力

52. 暴力侵害妇女和女孩行为深深地植根于性别不平等，严重侵犯了她们的人权。女性更有可能遭受亲密伴侣而不是伴侣以外的人的暴力。²⁷ 2014 年，南亚的亲密伴侣暴力发生率为 43%，东亚和太平洋为 30%。²⁸ 按国家分列，15 至 49 岁结合过伴侣的妇女报告说其一生中经历过亲密伴侣的肢体暴力或性暴力的所占的比例从 15%到 68%不等。据报告，太平洋地区亲密伴侣暴力发生率特别高。

53. 虽然绝大多数基于性别的暴力侵害的是妇女和女孩，但男子和男孩也受到影响，尤其是在童年时期。男人童年经历过暴力也与后来对妇女的暴力行为有关。不符合关于性取向或性别认同的社会风俗的人经常遭受暴力，许多人还被定罪。在发生紧急情况、冲突和自然灾害时，暴力、剥削和虐待的风险上升，特别是对妇女和女孩而言。

54. 暴力对妇女和少女的性健康和生殖健康及权利会产生重大后果。遭受暴力的妇女不太可能寻求医疗保健服务，包括孕产妇保健，也不太可能有能力谈判性关系，包括防止艾滋病毒和性传播感染的保护方法以及使用避孕方法。伴侣关系中的暴力往往开始得很早，也发生在怀孕期间，对母亲和孩子的健康和福祉都有重大影响。此外，暴力循环始于儿童时期，甚至始于怀孕时期，对一生都会产生影响。促进性别平等和处理基于性别的暴力和有害做法，对于实现妇女的性健康和生殖健康及权利至关重要。

55. 本区域大多数国家都制定了法律，将暴力侵害妇女行为，包括性暴力，定为刑事犯罪。虽然本区域大多数国家禁止家庭暴力，但许多国家不保护未婚亲密伴侣，也不包括性骚扰和婚内强奸等各种形式的暴力。南亚五个国家制定了针对身体、性和情感暴力的家庭暴力法律。其中四个国家的法律也覆盖了经济暴力。在东亚和太平洋的 17 个国家中，有 74%的妇女没有得到免受性暴力的保护，76%的妇女没有得到免受经济暴力的保护。需要进行改革，以确保法律禁止一切形式的暴力，并为未婚亲密伴侣提供保护。

²⁶ 亚太妇女资料研究中心，《亚洲的全面性教育：区域简报》（吉隆坡，2018 年）。

²⁷ 人口基金，“暴力侵害妇女：区域快照（2017 年）- kNOwVAWdata（了解暴力侵害妇女行为的数据）亚太区域暴力侵害妇女行为流行图”（曼谷，2017 年）。

²⁸ Jeni Klugman 著，《基于性别的暴力与法律：世界发展报告背景文件》（华盛顿特区，世界银行，2017 年）。

56. 对现有法律的认识和了解有限；举报暴力存在障碍；执法人员的偏见、无反应或能力薄弱；以及存在对受害者/幸存者的需求不敏感的法律制度和法院，损害了法律的有效执行。²⁹ 需要更加重视提高对禁止基于性别的暴力的法律的认识，并解决诉诸司法的障碍。

57. 需要采取全面、多部门的应对措施，向暴力幸存者提供有效支持，包括提供法律、心理、健康和社会服务。卫生部门在有效的多部门反应中可以发挥独特的作用。遭受过暴力的妇女认为医疗卫生提供者是她们可讲述所受虐待的最可信任的人。³⁰ 本区域大多数国家已经开始对基于性别的暴力采取医疗部门应对措施，尽管应对措施的规模、范围、数量和质量有很大差异，而且每个国家的国家医疗卫生系统的一体化程度仍然参差不齐。有必要加强医疗卫生系统和医疗卫生提供者有效应对性别暴力的能力，包括实施例行筛查和有效转诊。需要提供全面的强奸后护理服务，并使其容易获取，其规模应该比目前大得多。

58. 社区、国家和区域内部和之间的暴力发生率各不相同，突出表明暴力不是不可避免的，却是可预防的。处理暴力的根本驱动因素，包括那些使男子能维持对妇女的权力和控制和那些宽恕、辩护和原谅暴力和性别不平等的有害的社会和性别风俗和习惯，对于预防暴力至关重要。

59. 尽管有越来越多的证据表明有效的方案编制很重要，但扩大旨在结束基于性别的暴力的预防努力的工作进展缓慢。最近对预防基于性别的暴力努力有效性的证据进行的审查表明，多部门干预措施最有效，包括在一个背景中与多个群体合作，吸纳夫妇、父母和儿童参与，以及综合采取多种做法，如改变有害的性别风俗的方案编制，让男子和男孩参与的社区外联的群体教育，以及增强经济权能。

60. 对妇女的暴力行为和对儿童的暴力行为之间有着相当大的联系，包括具有共同的风险因素、面对共同的社会风俗、同一家庭中暴力的共同发生以及虐待的代际循环。青春期为处理这种暴力提供了一个至关重要的窗口。必须在青少年中优先开展预防工作，挑战性别风俗，培育女孩独立决定能力，帮助年轻人建立健康的关系，并使少女能够将不想要的初次性行为、婚姻、同居和生育推迟到成年。³¹ 这包括对全面的性教育进行投资，以处理性别与权力的关系，因为证据表明，这有助于降低年轻人陷入暴力关系的可能性。

²⁹ Klugman 著，《基于性别的暴力与法律》；Eileen Skinnider、Ruth Montgomery 和 Stephanie Garrett 著，《强奸案的审判：了解泰国和越南刑事司法系统对性暴力的反应》（曼谷：妇女署、开发署和联合国毒品和犯罪问题办公室，2017 年）。

³⁰ 妇女署等著，《向遭受暴力侵害的妇女和女童提供一揽子基本服务》的“单元 2：健康”（纽约，2015 年）。

³¹ Emma Fulu, Sarah McCook and Kathryn Falb, “What Works evidence review: intersections of violence against women and violence against children”, What Works to Prevent Violence, September 2017.

2. 有害的习俗

61. 包办强迫的童婚反映并加剧了性别不平等。这是对女孩人权的严重侵犯，对她们的健康和福祉产生了重大影响，包括早孕风险增加、孕产妇发病率和死亡率增加、基于性别的暴力的风险增加、女孩受教育程度降低以及就业和创收机会减少。

62. 在全球 18 岁前就结婚的 20 至 24 岁的女性中，南亚所占的人数最多。在南亚 20 至 24 岁的女性中，有 30%的人在 18 岁之前就结婚了，有 8%在 15 岁之前就结婚了。³² 童婚的流行率一直在下降，但由于人口增长，儿童新娘的总数继续上升。在过去十年里，南亚女孩童婚的风险降低了三分之一以上，尽管这一比例仍然是其他次区域的两倍多。³³ 在南亚，15 至 19 岁女孩中有 19%已婚或同居，而在东亚和太平洋这一比例为 6%。据预测，目前的进展趋势需要翻两番，才能到 2030 年消除童婚。³⁴

63. 许多国家将 18 岁定为女孩的法定结婚年龄，但许多国家也允许更年轻的女孩经父母或法院同意后结婚。³⁵ 最近对童婚法律开展的一项分析发现，2017 年，本区域有将近 6 000 万 10 至 17 岁的女孩没有在法律上得到禁止童婚的保护。³⁶ 即使有法律，也不足以终止这种做法，因为许多女孩是非法结婚的。例如，2017 年，南亚 77%的童婚是非法的。

64. 本区域各地早婚和童婚的不同模式很明显。包办强迫童婚在南亚很普遍，而青少年之间的自愿关系——所谓的“爱情婚姻”——和非正式结合在东南亚和太平洋更为普遍。在亚洲，高达 25%的童婚是在怀孕之后发生的。采取干预措施，确保性行为是安全和双方同意的，防止少女怀孕，并提高少女自己作出关于性健康和生殖健康的选择的能力，对于减少早婚、童婚和少女怀孕至关重要。

65. 教育是防止童婚的一个强有力的保护因素，鼓励女孩完成中学教育的政策有助于减少童婚。事实证明，采取增强女孩权能的做法，给女孩提供信息、技能和倡导改善其自身地位和福祉的支持性结构，比采取经济做法，例如向家庭提供经济激励或机会以抵消抚养女孩的成本并劝阻他们把女孩嫁出去，会取得更大的成功。全面的性教育以及获得性和生殖服务是防止少女怀孕继而导致童婚的关键干预措施之一。

66. 女性割礼是对人权的侵犯，是对妇女的一种极端形式的歧视。它会导致一系列并发症，包括严重出血、感染和分娩并发症。虽然女性割礼在本区域并不普遍，但有证据表明，由于女性割礼的医疗化，加上日益增长的保守主义和极端主义，残割女性生殖器官的现象可能会变得更加常见。在印度尼西亚和马来西亚，

³² 儿童基金会，儿童基金会数据。可查询：<https://data.unicef.org> (2018 年 5 月查询)。

³³ 人口基金、教科文组织和世卫组织，《亚洲及太平洋青年人的性健康和生殖健康》。

³⁴ Nicolai and others, “Projecting progress”。

³⁵ Quentin Wodon 等著，《结束童婚：童婚法律及其局限性》(伦敦，拯救儿童；华盛顿特区，世界银行，2017 年)。

³⁶ 同上。

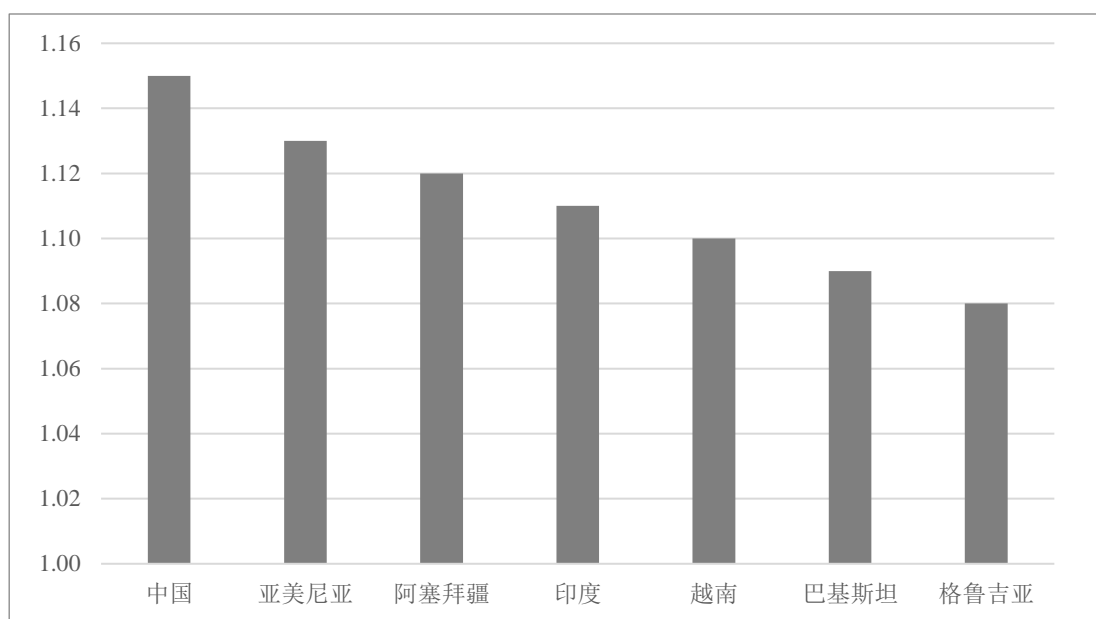
女性割礼非常普遍。在印度和斯里兰卡的特定人口群体中也较常见。在印度尼西亚，将近 50% 的 12 岁以下女孩接受了某种形式的女性割礼，大约四分之三的女孩在不到 6 个月的时候接受了这种手术。³⁷ 对马来西亚北部农村地区的开展一项研究发现，在研究的穆斯林马来妇女的人群中，女性割礼的流行率为 93%。³⁸

67. 在本区域越来越多的国家，带性别偏见的性别选择做法很明显，在这些国家，出生时的男女性别比例高于 1.07 的自然比例，这体现了偏好男孩的性别不平等。

68. 最近的数据表明，一些国家存在着偏好男孩的出生性别比例：中国为 1.15，亚美尼亚为 1.13，阿塞拜疆为 1.12，印度为 1.11，越南为 1.10(图四)。基于性别的性别选择发生的地方往往在地理上较集中。在一些地区和省份，性别比例失衡非常严重。虽然在中国、印度和越南等国家，国家层面的基于性别的性别选择普遍程度有所下降，但这种做法似乎正在蔓延到这些国家以前不严重的地区。³⁹

图四

2015 至 2020 年出生性别比超过 1.07 的亚太国家



资料来源：联合国经济和社会事务部人口司，《世界人口前景：2017 年修订本》。可查询：<https://population.un.org/wpp/>。

³⁷ 儿基会，“印度尼西亚：关于割礼/切割女性生殖器的统计概况”，2016 年 2 月。

³⁸ Abdul Khan Rashid, Sapna P. Patil and Anita S. Valimalar, “The practice of female genital mutilation among the rural Malays in north Malaysia”, *Internet Journal of Third World Medicine*, vol. 9, No. 1 (2009)。

³⁹ Christophe Z. Guilmoto, “The masculinization of births: overview and current knowledge”, *Population*, vol. 70, No. 2 (2015)。

69. 由此产生的性别不平衡正在深刻影响社会。据估计，13 个出生性别比较高的国家有 1.17 亿女性消失了，其中 90%在印度和中国。性别失衡导致暴力、人口拐卖和为结婚而外迁。

70. 本区域有几个国家已通过了相关法律，限制利用技术进行性别选择和选择性别的终止妊娠。然而，如果不采取更广泛的措施处理潜在的社会和性别不平等，这些法律的效果有限。关键战略包括了解重男轻女的根本原因，重点放在采取旨在加强性别平等的措施，包括促进妇女自主权、增强经济权能、对资产、财产和继承权的控制和决策，以及开展提高女孩价值的宣传运动。

四. 结论

71. 处理性别不平等会给整个社会带来好处。《可持续发展目标》为加快实现性别平等、消除有害习俗以及实现性健康和生殖健康及权利的努力，提供了一个重要框架。基于权利的性生殖健康做法意味着各国政府要积极参与，确保生殖权利得到尊重。

72. 如果各国要实现关于普及性健康和生殖健康服务的《可持续发展目标》具体目标 3.7，提供这些服务将至关重要。需要在关于保健覆盖和质量的数据的指导下增加对综合干预措施的投资，以有效处理不平等和差异，并在融资战略的支持下提供更多的全面、可获得和非歧视性的全部性健康和生殖健康服务的全民健康保障。据估计，在发展中国家，提供性健康和生殖健康的每年人均费用为 9 美元，对于大多数中低收入国家来说，这是一项不多且负担得起的投资，其回报将是巨大的。⁴⁰

73. 加快努力降低孕产妇死亡率和发病率，提高熟练助产护理和产前护理的覆盖面和质量，确保获得优质、便利的基本和全面产科急诊服务，将继续是一个关键的优先行动领域。除此之外，还应努力防止不安全堕胎，并确保获得安全的堕胎服务(在合法的情况下)和全面的堕胎后护理。

74. 除此之外，需通过满足更多的避孕需求和提高服务质量和覆盖面来处理计划外怀孕的主要驱动因素。这对青少年和年轻妇女特别重要，可确保提供全面的避孕方法和服务质量使妇女和年轻人能够对避孕方法的使用做出知情的选择。加快努力防止关键人群感染艾滋病毒仍然是一项重大挑战，同时需要强调改革那些歧视关键人群并阻碍有效应对艾滋病毒的法律和政策。

75. 关注那些损害年轻人获得与性健康和生殖健康及权利有关的信息、商品和服务的权的法律、政策、做法和社会风俗至关重要。有必要解决青年人获取信息

⁴⁰ Ann M. Starrs and others, “Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all - report of the Guttmacher-Lancet Commission”, *The Lancet*, vol. 391, No. 10, 140 (2018 年 6 月 30 日)。

和服务的问题，并投资于和扩大对青年友好的服务和适合年龄的全面性教育，这种教育以校内和校外的生活技能为基础，并具有性别变革性。

76. 处理歧视性法律、政策和做法，并挑战有害的社会和性别风俗，对于改变性别不平等和不平等的权力关系，确保妇女和青年的独立决定权利，以便就其生活做出决定并采取行动至关重要。还需要加快努力，实施循证预防措施，并采取全面的多部门应对措施，对付基于性别的暴力和有害做法
