



经济及社会理事会

Distr.: General
18 January 2011
Chinese
Original: English

人口与发展委员会

第四十四届会议

2011 年 4 月 11 日至 15 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

生育力、生殖健康与发展

秘书长的报告

摘要

本报告是根据人口与发展委员会第 2009/101 号决定编写，委员会在其中决定，其 2011 第四十四届会议的主题是“生育力、生殖健康与发展”。本报告显示，降低生育率可有助于发展，并且在通过探讨低生育率、中等生育率和高生育率国家的各种经验，得出高生育率国家在与生殖健康有关的大部分成果方面往往表现不佳的结论。本报告讨论了生殖健康的各个方面，并侧重于应以何种途径加速实现《国际人口与发展会议行动纲领》的有关总目标和具体目标。本报告的主要结论是，确保普及生殖保健服务，尤其是通过满足计划生育需要，能够加速改善孕产妇和儿童保健，在高生育率国家尤其如此，从而降低生育率，进而有利于发展。

^{*} E/CN.9/2011/1。



目录

	页次
一. 导言	3
二. 当前的生育率	5
三. 婚姻	7
四. 生育时间	9
五. 青春期生育率	11
六. 避孕药具的使用和未得到满足的计划生育需求	13
七. 孕产妇保健	19
八. 生殖健康的其他方面	23
A. 艾滋病毒/艾滋病	23
B. 生殖道感染	25
C. 生殖系统癌症	26
九. 结论和建议	27

图

一. 2005 年至 2010 年各国生育率的分布情况	6
二. 2005 年的估计平均初婚年龄与 2005 年至 2010 年总生育率的比较	8
三. 根据最新现有资料得出的 2005 年至 2010 年期间初次生育的平均年龄估计数与总生育率的比较图	10
四. 2005 年青少年生育率估计数与最新资料显示的 15 至 19 岁已婚妇女所占百分比的比较 ..	12
五. 1990 年代和 2000 年代按避孕普及率编列的国家分布情况	14
六. 2005-2010 期间最新统计的避孕药具使用率与总生育率的比较	15
七. 按使用的主要避孕方法排列的国家数目	16
八. 未满足的计划生育服务需求与避孕普及率的比较	18
九. 高生育率国家中按已有子女数目和未得到满足的计划生育服务需求开列的不想再生更多孩子的妇女所占百分比	19
十. 2008 年妇女一生因孕产而死亡的概率与 2005-2010 年总生育率的比较	21

一. 引言

1. 以妇女按目前的生育率会生育的平均子女数目衡量，全球生育率已明显下降，从 1950 年的每名妇女 4.9 个子女下降到 2005 年至 2010 年的大约每名妇女 2.5 个子女。发展中国家是导致生育率下降的主要原因，其总生育率从 1950 年至 1955 年的 6.0 个子女下降到 2005 年至 2010 年的 2.6 个子女。然而，生育率在发达国家也下降了，从 1950 年代的每名妇女生育 2.8 个降至如今的 1.6 个。发展中国家 1960 年代末开始的生育率迅速下降和发达国家自 1970 年代以来的持续低生育率在人类历史上都是前所未有的。这些发展是在一个快速的科技创新和社会变革中发生的，其中，越来越普及的有效避孕方法起到了关键作用。今天，56% 的已婚或同居育龄妇女使用现代避孕方法，每 10 个发展中国家政府中有 9 个政府向计划生育方案提供直接支助。

2. 生育率的下降对发展具有重要的意义，无论对于国家还是对家庭和个人的福祉均是如此。妇女的生活可能根据她们是否可以控制何时生育子女和生育几个子女发生显著变化。降低生育率使妇女能够提高受教育程度，参加工作和对每个孩子给予更多关注。增加生育间隔会降低幼儿死亡率，并使母亲从一次怀孕到下一次怀孕间休养生息。减少怀孕次数也降低了一生中因孕产原因死亡的概率。少生孩子让家庭和社会能够对每个孩子进行更多的投资。当需要占用资源和服务的子女减少时，儿童营养、保健和教育方面的改进可以更容易地实现。

3. 生育率下降会减缓人口增长，并带来一个潜在工作人数的增长速度快于受抚养人数的时期，从而导致人口年龄分布发生有利变化。这些变化能提高储蓄，导致“人口红利”。那些在此时期已经使用这些储蓄增加投资和创造更多就业机会并对儿童健康和进行更多投资的国家已经在经济增长和人类发展方面获益。据估计，1960 年至 1995 年生育率下降对发达国家和发展中国家的经济增长的中期影响占人均产出增长的约 20%。¹

4. 生育率下降和发展相互影响。人们一直在辩论是有成效的发展导致生育率下降，还是生育率下降促进了发展。证据表明，这两种言论都有道理，因为生育率下降和发展之间存在重要的反馈机制。生育率对发展的影响如上文所述。有一个模型将 87 个发展中国家的关键发展指标与生育趋势联系起来，提供了令人满意的第一近似值，显示生育率对发展产生影响。² 但是，发展指标不是影响生育率的唯一因素，发展中国家和发达国家的生育率下降是在不同的发展水平发生，说明了这一点。也就是说，没有生育率开始下降所必需的固定发展门槛。

¹ Allen Kelley and Robert Schmidt, “Evolution of recent economic-demographic modelling: a synthesis”, *Journal of Population Economics*, vol. 18, No. 2 (June 2005)。

² John Bryant, “Theories of fertility decline and evidence from development indicators”, *Population and Development Review*, vol. 33, No. 1 (2007)。

5. 社会动态也影响生育趋势。对十九世纪欧洲生育率下降的分析表明，它是由一个传播过程推动的，新的思想和行为模式通过这一过程在社会网络中传播。采取避孕涉及的步骤包括了解避孕提供的可能性、获取信息、评价不同选择、尝试一种或几种方法、最后成为一个坚定实践者，这意味着社会学习和社会影响是该过程的重要方面。因此，所有成功的计划生育方案都包括旨在提高认识、认可行为变化以及在使用避孕方法方面增加熟练程度和信心的重要沟通和推广成分。社会影响、社会效仿与社会学习驱动的传播过程是发展指标低的国家出现生育率大幅下降的重要原因之一。

6. 政府的政策也对生育趋势产生了重要影响。影响生育的政策可以是直接或间接的。直接政策主要侧重于生育率的最直接决定因素，例如结婚年龄、对避孕的推广和支持或儿童津贴的提供。间接政策尽管目的并非影响生育率，但改变对父母有关理想子女人数的决定产生影响的激励结构。这些政策包括提供老年退休金、鼓励妇女参加工作的措施以及鼓励家长对每名儿童进行更多投资的向受到更高教育的人提供更好经济前景的政策。

7. 引发生育率下降并对随之而来的下降趋势产生影响的因素很复杂，彼此相互作用并与生育率下降的后果相互影响，因此，没有有关为什么生育率在发展中国家下降这么快、或生育率在许多国家为什么下降到导致或即将导致人口减少的水平的全盘和独一无二的解释。然而，在发展中国家生育率开始下降将近四十年后的今天，生育率与发展指标呈负相关，高生育率国家往往人均收入较低，贫困程度较高，教育程度较低，死亡率较高、城市化程度较低。同样，在国家内部，较高的生育率往往是处于人类发展较低水平的人口阶层的特征。因此，在过去十年研究的 56 个发展中国家中，财富处于最低的 20% 的妇女与处于最高的 20% 的妇女相比，平均多生两个子女。³ 在非洲，这一差异更大，为 2.8 个子女，拉丁美洲和加勒比地区的差异最大，达 3.8 个子女。如果把妇女的受教育程度作为区分因素，存在类似的差异，因为受教育程度和财富高度相关。就生育率下降对减贫的影响进行的分析表明，发展中世界在 1960 年至 2000 年期间，仅人口变化就导致贫困水平下降 14%，如果生育率在高生育率国家加速下降，还可能在 2000 年至 2015 年期间使贫困水平再下降 14%。⁴

³ Davidson R. Gwatkin and others, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (World Bank, Washington, D. C., 2007)。

⁴ Andrew Mason and Sang-Hyop Lee, “The demographic dividend and poverty reduction” in *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*, United Nations, New York, 17-19 November 2004。

8. 因此，同时降低国家和家庭的生育率可以有助于减少贫困。由于高生育率通常会导致较高的自然增长，贫困人口增加越快，其在总人口中的比例就会越大。每天生活费不到一美元的人口的自然增长速度较高，据估计，这对贫困水平带来的上升压力相当于发展中国家 1990 年至 2001 年期间 10%至 50%的减贫率。⁵ 这种效应在非洲和南亚最大。

9. 过去四十年的生育趋势的基础，是社会普遍承认男女双方和个人有权自由和负责任地决定子女数目和生育间隔，并有权获得为做出这一决定所需信息、教育和手段。这项权利在 1968 年《德黑兰宣言》⁶ 中首次得到阐明，随后在第一次关于人口问题的政府间会议——1974 年 8 月 19 日至 30 日在布加勒斯特举行的世界人口会议上得到重申。1994 年，国际人口与发展会议的与会者们在更广泛的卫生和福祉框架中阐明了该权利的影响，从而提出了性和生殖健康以及生殖权利的概念。该次会议行动纲领第八项原则规定：

“人人享有可达到的最高水准的身心健康的权利。各国应采取一切适当措施，确保在男女平等的基础上，普遍提供卫生保健服务，包括与生殖保健有关的服务，其中包括计划生育和性健康。生殖保健方案应提供最广范围的服务，并且没有任何形式的强制。所有夫妇和个人都有自由和负责任地决定其子女数目和生育间隔，并获得为做出这一决定所需信息、教育和手段的基本权利。”

10. 本报告记录了生育率趋势及其最直接决定因素以及在确保普遍获得生殖保健服务方面面临的挑战，以便就如何加快实现行动纲领的总目标和具体目标，特别是那些与生殖健康和增强妇女权能以及与千年发展目标中有关孕产妇保健的目标有关的总目标和具体目标，提供指导。

二. 当前的生育率⁷

11. 生育率几乎在所有国家都有所下降，但各国下降的时间和速度有很大差异。因此，今天的生育率参差不齐。在 2005 年至少有 10 万居民的 196 个国家或地区中，75 个国家或地区的生育率低于更替水平，61 个国家或地区的生育率为中等水平，60 个国家或地区的生育率处于高水平。当每个妇女恰好有一个女儿替代她时，生育率处于更替水平。由于出生的男孩比女孩多，并且妇女必须活到生育年

⁵ Martin Ravallion, “On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world”, World Bank Policy Research Working Paper, No. 3580 (Washington, D.C., World Bank, April 2005)。

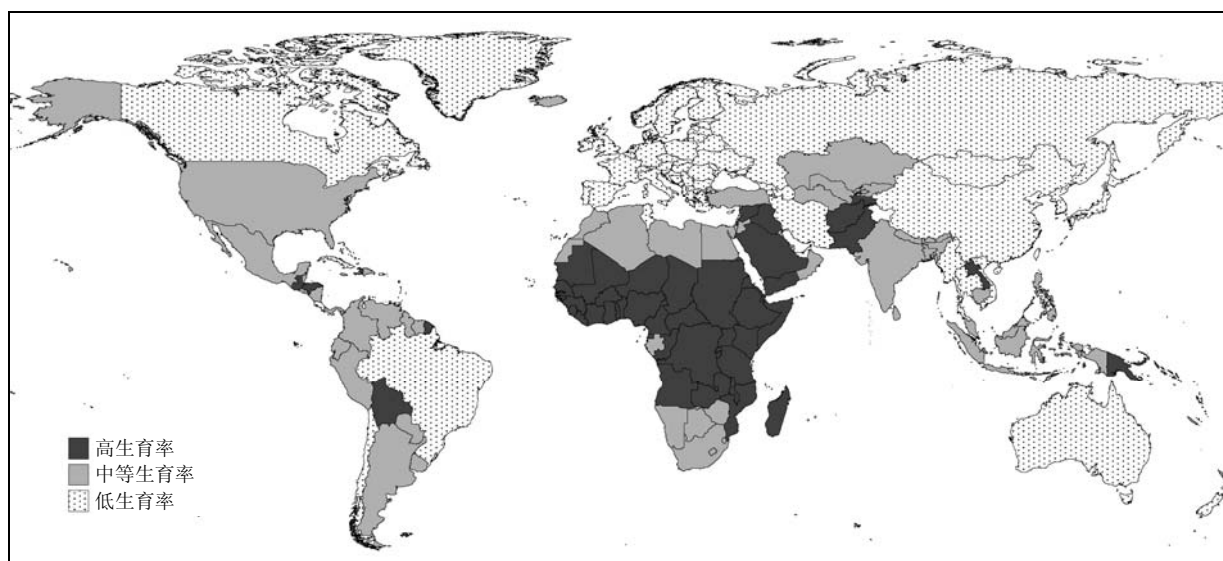
⁶ 见《国际人权会议最后文件》(联合国出版物，出售品编号 E. 68. XIV. 2)。

⁷ 本章提到的所有估计数字均来自《世界人口展望：2008 年订正本》，数据集扩编，(联合国出版物，出售品编号 09. XII. 6)。

龄才能生育子女，她们为得到一个女孩需要生育的子女人数平均大于 2。净生殖率衡量妇女在目前的生育率和死亡率情况下的女儿平均人数。低于 1 的净生殖率意味着生育率低于更替水平。中等生育率指的是净生殖率为每名妇女有 1.0 至 1.5 个女儿，这意味着下一代将几乎增加 50%。较高的净生殖率被认为反映出高生育率。

图一

2005 年至 2010 年各国生育率的分布情况



说明：本图上显示的边界并不意味着得到联合国的正式认可或接受。

12. 图一显示 2005 至 2010 年期间的各国净生殖率。世界上的每一个主要区域都有净生殖率低、中等和高的国家。欧洲区域内各国的情况最相似，除冰岛以外，所有欧洲国家均属于低生育率国家。非洲是第二个各国情况最相似的区域，55 个非洲国家中有 39 个国家属于高生育率国家。在非洲，中等生育率国家集中在北非和南部非洲，还有佛得角、加蓬、留尼汪岛和津巴布韦。非洲还有两个低生育率国家：毛里求斯和突尼斯。

13. 在大洋洲，有一半的国家有高生育率，包括该区域人口最多的国家之一巴布亚新几内亚，但澳大利亚和新西兰的生育率低。在美洲和亚洲，大多数国家为中等生育率国家。美洲只有多民族玻利维亚国、危地马拉、海地、洪都拉斯和法属圭亚那的生育率高。亚洲的阿富汗、伊拉克、老挝人民民主共和国、巴基斯坦、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、东帝汶、也门和巴勒斯坦被占领土的生育率高。在亚洲和美洲，低生育率国家很多：50 个亚洲国家中有 19 个（亚美尼亚、阿塞拜疆、中国、塞浦路斯、朝鲜民主主义人民共和国、格鲁吉亚、伊

朗伊斯兰共和国、日本、黎巴嫩、蒙古、缅甸、大韩民国、泰国和越南)，39 个美洲国家中有 13 个(巴西、加拿大、智利、哥斯达黎加和九个加勒比国家)。

14. 在最不发达国家中，40 个国家为高生育率国家，5 个国家属于中等生育率国家，1 个国家属于低生育率国家(缅甸)。在其他发展中国家中，20 个国家为高生育率国家，54 个国家为中等生育率国家，31 个国家为低生育率国家。在发达国家中，除了两个以外，其他国家均为低生育率国家。冰岛和美国是例外，因为他们目前的生育率略高于更替水平。很明显，生育率差别很大，发展水平低，但生育率也比较低的国家数目足以表明，并非需要达到一定发展水平生育率才会下降。

15. 如今，分布在低生育率国家(42%)和中等生育率国家(41%)的人口几乎均等。高生育率国家占世界人口的 17%。根据预测，即使假设高生育率国家的生育率会大幅下降和所有仍处于中等生育率的国家实现低生育率，到 2050 年，今天的高生育率国家预计仍将占世界人口的 26%，中等生育率国家将继续占 41%，而低生育率国家将占 33%。

16. 在高生育率国家，总生育率为每名妇女生育 3.2 到 7.1 个子女不等。对于中等生育率国家，该比率的范围是每名妇女生育 2.1 到 3.6 个子女，而低生育率国家的比率是 1.0 到 2.3 个子女。这些范围的重叠是死亡率的差异造成的。例如，缅甸的总生育率为每名妇女生育 2.3 个子女生育率，低于更替水平，原因是该国的死亡率比发达国家高。同样，津巴布韦属于中等生育率国家(生育率为每名妇女生育 3.5 个子女)，而沙特阿拉伯每名妇女生育 3.2 个子女，却属于高生育率国家，原因是津巴布韦的死亡率比沙特阿拉伯高。在以下的分析过程中，应谨记这些分类问题以及净生殖率是比总生育率更好的衡量潜在的人口增长或下降的指标。

三. 婚姻

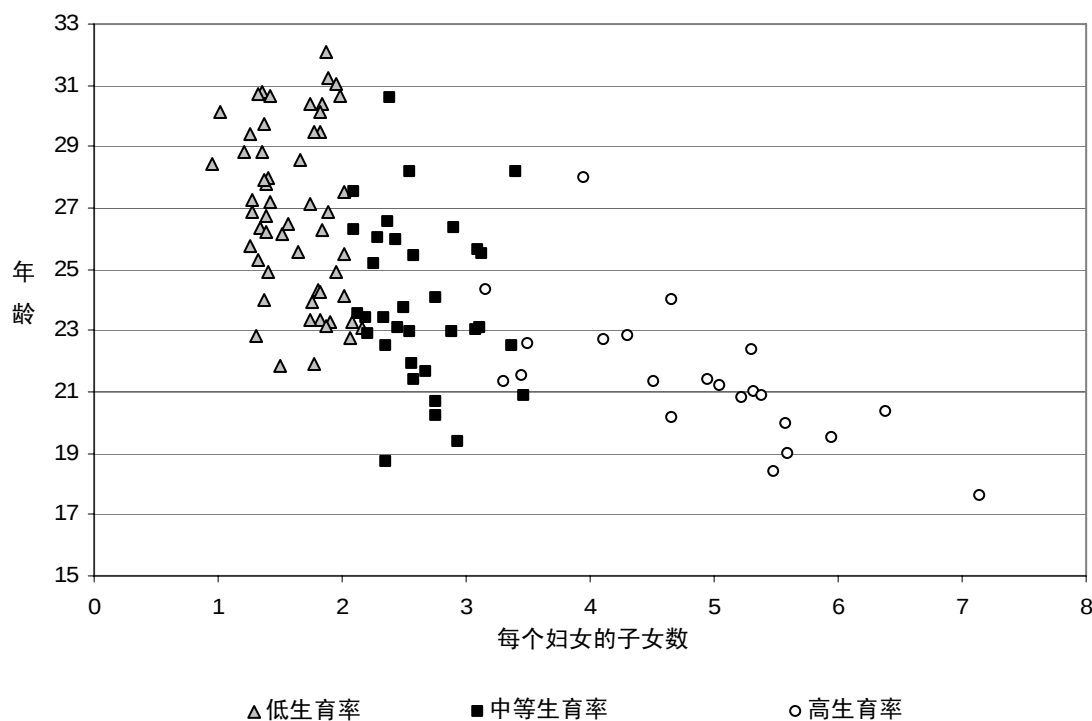
17. 结婚年龄是生育率的重要决定因素，因为在许多社会中婚姻标志着有可能生育的期间的开始。在同居较为普遍的社会里，与已婚者有关的数据通常也包括同居者的数据，无论这些同居者是否结婚。然而，在由于年轻的男女双方选择以非正式伴侣关系生活在一起而导致婚期日益推迟的国家，数据并没有适当反映这样的情况变化。

18. 在许多国家，结婚年龄的上升有助于生育率的下降，因为结婚年龄推后有效地缩短了妇女的生育期。在结婚年龄很小的社会，妇女无法留在学校或获得工作技能，从而阻碍了她们增强权能。为此原因，大多数国家都设立了妇女和男子结婚的最低年龄，但如果父母同意，一般允许破例。

19. 在大多数国家，平均初婚年龄，即，那些在 50 岁前结婚的人的平均单身年数，一直在上升。在有数据的 111 个国家中，只有 16 个国家的平均初婚年龄在 1990 年至 2005 年期间下降了。低生育率国家的平均初婚年龄的增长往往比中等生育率国家幅度大，而后者往往又比高生育率国家的增长幅度大。2005 年，高生育率国家的平均初婚年龄大大低于其他两组国家(图二)。高生育率国家的平均初婚年龄中位数为 21.3 岁，中等生育率国家为 23.4 岁，低生育率国家高达 26.9 岁。1990 年至 2005 年期间，低生育率国家的中位数增加了 3 岁，高生育率国家和中等生育率国家的中位数各增加 1 岁。

图二

2005 年的估计平均初婚年龄与 2005 年至 2010 年总生育率的比较



20. 较高的生育率与较低的平均初婚年龄相关，在高生育率国家尤其如此。2005 年，只有 14 个国家的平均初婚年龄在 21 岁以下，其中大部分国家的生育率远高于每名妇女 3 个子女。例外的是孟加拉国、危地马拉、印度和尼泊尔，其总生育率从孟加拉国的每名妇女生育 2.4 个子女到尼泊尔的略低于 3.0 个子女不等。在孟加拉国，虽然平均初婚年龄一直很低(2005 年为 18.7 岁)，生育率明显下降。在高生育率国家中，具有最高生育率的尼日尔(每名妇女生育 7.2 个子女)平均初婚年龄最低(17.6 岁)。

21. 在低生育率国家(每名妇女生育 1.0 至 2.3 个子女),平均初婚年龄从摩尔多瓦共和国的 21.9 岁到瑞典的 32.1 岁不等。截至 2005 年,有平均初婚年龄在 30 岁以上的 11 个低生育率国家,而在 1990 年,这样的国家只有一个(瑞典)。西欧和北欧国家的平均初婚年龄往往高于东欧或发展中世界国家。然而,对于一些欧洲国家,较高的平均初婚年龄仅反映正式婚姻,不包括稳定伴侣关系。

22. 婚姻形态变化的另一个指标,是有婚姻经历的妇女在特定年龄组的百分比。有关 146 个国家的 2000 年至 2008 年数据表明,在 62 个有数据的低生育率国家中,一半国家的 25 岁至 29 岁妇女只有不到 60%有婚姻经历。丹麦、法国、爱尔兰、荷兰、斯洛文尼亚和瑞典的这个百分比尤其低,从 22%至 30%不等。然而,在这些国家中的几个国家,数据没有反映稳定的伴侣关系。

23. 与低生育率国家形成对照的是,在 41 个有数据的高生育率国家中的 32 个国家,25 岁至 29 岁的妇女中有婚姻经历的妇女比例超过 80%,这高于 43 个有数据的中等生育率国家中的 24 个国家的这一比例(70%)。

24. 在大多数社会中,多数妇女在 35 岁前结婚。然而,现有数据显示,在 21 个低生育率国家(包括澳大利亚、比利时、丹麦、芬兰、法国、德国、匈牙利、爱尔兰、意大利、日本、拉脱维亚、黎巴嫩、荷兰、斯洛文尼亚、西班牙和瑞典)和 5 个中等生育率国家(阿尔及利亚、博茨瓦纳、佛得角、纳米比亚和南非),30%以上的妇女从来没有结过婚。在同居不被宽容因此不能代替婚姻的社会里,单身妇女比例较高是促成低生育率的一个主要因素。

25. 总之,结婚的流程度和时间差异很大。在高生育率国家,平均结婚年龄往往很低,并且大多数妇女会结婚。提高结婚年龄,特别是在结婚年龄仍然低于 21 岁或 22 岁的社会里,可能不仅有助于降低生育率,还能通过促进妇女的教育和就业培训来增强妇女权能。在生育率低并且婚姻越来越被推迟或被非正式但稳定的伴侣关系取代的国家,可能需要采取激励男女双方结婚的措施。这种激励措施的性质从一个社会到另一个社会会有所不同,可能涉及为青少年提供更好的工作机会和提供负担得起的住房。

四. 生育时间

26. 虽然结婚时间是说明何时有可能开始生育的一个有用指标,但妇女生第一个孩子时的平均年龄是说明生殖期开始的更好指标。妇女生第一个孩子之前等待的时间越长,其有效生育期就越短,她们一生中生育很少的可能性就越大。因此,较低的生育率往往与妇女初次生育时的平均年龄较高有关联。对 1970 年代和 2000 年前后的日期的估计确认,在 50 个有数据的低生育率国家中,48 个国家的妇女初次生育平均年龄提高了,⁸ 在 24 个有数据的中等生育率国家中,19 个国

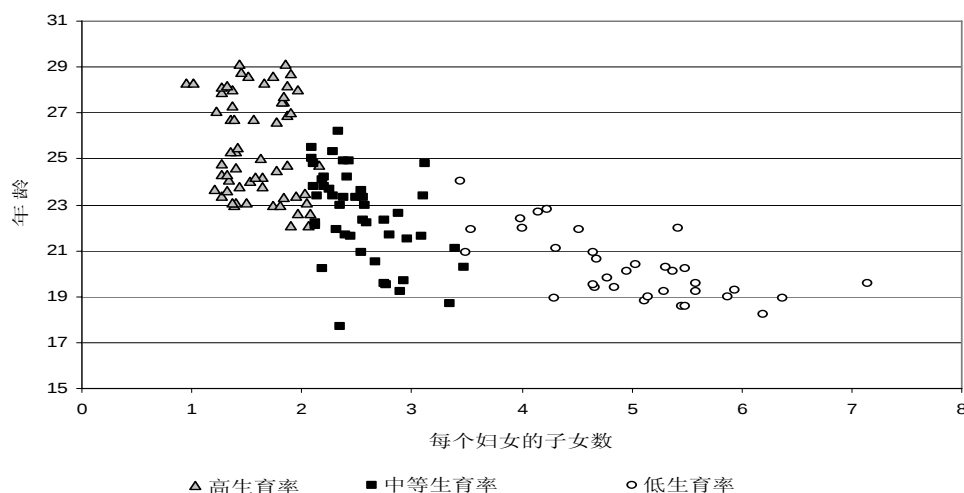
⁸ 对有些国家,现有估计指的是初次生育的年龄的中位数。

家的妇女初次生育平均年龄提高了。高生育率国家没有类似的数据，但通过比较从人口统计和健康调查结果推导出的队列指标，显示在过去 10 年中，在 26 个高生育率国家中，17 个国家的初次生育平均年龄提高了。

27. 初次生育的平均年龄的提高幅度在低生育率国家往往比中等生育率国家要大，中等生育率国家平均年龄的增幅看来又要高于高生育率国家的增幅。因此，标出了三组国家之间在初次生育的时间上的差异(图三)。根据每个国家的最新数据，主要是 1990 年代后期的数据，高生育率国家的妇女的初次生育年龄远低于那些低生育率国家：在 34 个有数据的高生育率国家中，除塔吉克斯坦之外的所有国家的初次生育平均年龄均低于 23 岁，而在 60 个有数据的低生育率国家中，除 4 国(巴西、哥斯达黎加、马尔代夫和越南)外的所有国家的初次生育平均年龄至少 23 岁。在低生育率国家，东亚和东南亚、拉丁美洲和加勒比以及东欧国家的平均初次生育年龄一般低于欧洲或亚洲其他地区的国家。西班牙妇女初次生育的平均年龄最高(29 岁)。

图三

根据最新现有资料得出的 2005 年至 2010 年期间初次生育的平均年龄估计数与总生育率的比较图



28. 46 个有数据的中等生育率国家的初次生育的平均年龄与低生育率和高生育率国家的年龄范围均有重叠，在 23 个中等生育率国家，其妇女初次生育的平均年龄低于 23 岁，有 4 个中等生育率国家(巴林、冰岛、斯里兰卡和美国)初次生育的平均年龄为 25 岁或更高。孟加拉国的总生育率为每名妇女 2.4 个子女，其初次生育平均年龄非常低(17.7 岁)，在中等生育率国家中很突出。

29. 初次生育的平均年龄提高表明，妇女正推迟生育，因此缩短了整个生育期。在一些国家，特别是于 2000 年代初记录到的非常低的生育率在某种程度上是推

迟生育的结果。这些国家中有几个国家的总生育率近来增加，表明妇女已经停止推迟生育，但本文所介绍的有关初次生育时间的数据尚未反映这一变化。

30. 通常在夫妇限制其生育的孩子的数目时，也就是说，在妇女比不限制子女数目的情况下较早停止生育子女时，生育率开始下降。因此，生育率在较大年龄下降，生育的平均年龄下降。在 1995 年前后到 2005 年之间，在 53 个有数据的中等生育率国家当中的 25 个国家以及在 49 个有数据的高生育率国家当中的 26 个国家，生育的平均年龄下降，表明限制生育的情况正在发生。在生育的平均年龄下降的国家中，中等生育率国家每十年下降的中位数是 0.8 岁，在高生育率国家，每十年下降的中位数是 0.5 岁。妇女平均生育年龄下降的国家往往比那些平均生育年龄增加的国家有着更高的生育率：在中等生育率国家中，总生育子女数目中位数的差异是每名妇女多生 1 个孩子(每名妇女 4.0 个对 3.0 个孩子)；在高生育率国家中，每名妇女生育孩子的差异是 0.4 个(每名妇女 6.1 个对 5.7 个孩子)。

31. 总之，低生育率国家的主要趋势一直是推迟生育，在中等生育率国家和高生育率国家，随着妇女越来越多地限制其子女数目，生育平均年龄下降已经较普遍。

五. 青春期生育率

32. 妇女非常年轻就生第一个孩子时，在怀孕和分娩时出现并发症的可能性较高。特别是 15 岁之前生孩子，对母亲和孩子均有较大风险。年满 18 岁的母亲出现并发症的风险低，风险在此后若干年均保持在低水平，然后再次开始上升。在大多数社会中，法定成年年龄和法定最低结婚年龄被定为 18 岁(在 107 个报告数据的国家中，95 个将最低结婚年龄定为 18 岁或更大)。但是，有些国家的结婚年龄比这小。⁹ 国际社会早已认识到，在从青春期到成年的过渡阶段，年轻人，特别是女孩会遭到社会和经济压力，使其容易受害于无保护的性活动和早育。出于这个原因，千年发展目标的具体目标之一是重点关注降低青少年生育率，即 15 至 19 岁年龄组的生育率。¹⁰

33. 青少年生育率与 15 至 19 岁妇女的结婚或同居比例呈高度的正比关系(见图四)。在 15 至 19 岁妇女至少有四分之一结婚的国家中，青少年生育率高于每 1000 名妇女生 100 个孩子。因此，在 36 个有数据的高生育率国家中，有一半国家的 15 至 19 岁已婚妇女的比例超过 25%，其中除 3 个国家外，其余国家的青少年生育率均超过每 1000 个 15 至 19 岁妇女生 100 个孩子。在 48 个有数据的中等生育

⁹ 至少有 12 个国家的最低法定结婚年龄低于 18 岁。亚美尼亚、阿塞拜疆、几内亚、以色列、多哥、乌克兰和乌兹别克斯坦，17 岁；马耳他、巴基斯坦和罗马尼亚，16 岁；喀麦隆，15 岁；多民族玻利维亚国，14 岁。

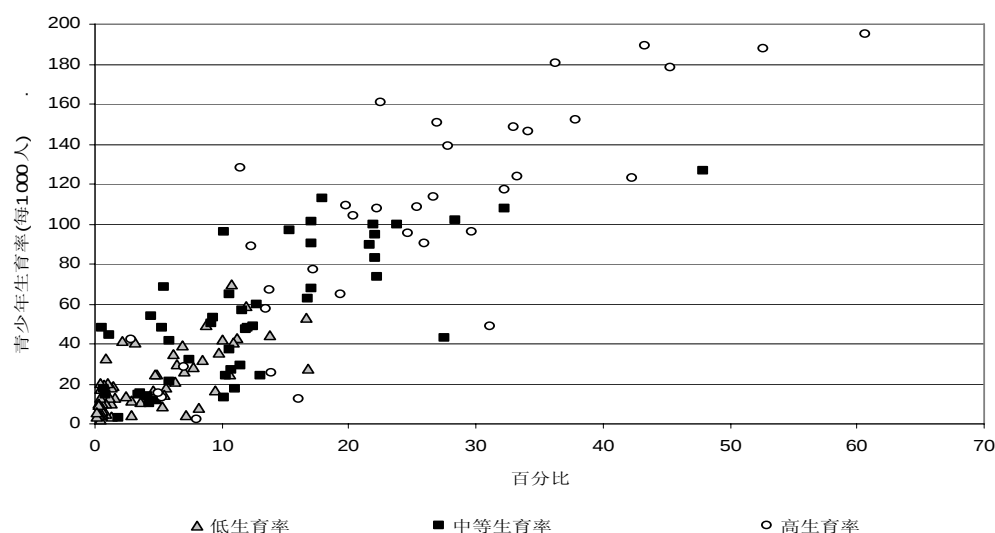
¹⁰ 选择这一年龄范围是根据现有资料作出的，这一年龄范围并不是衡量低龄妇女生育率的理想年龄。

率国家中，只有 4 个国家的 15 至 19 岁已婚妇女的比例超过四分之一，其中 3 个国家(孟加拉国、尼泊尔和尼加拉瓜)的青少年生育率高于每 1000 个 15 至 19 岁妇女生 100 个孩子。

34. 低生育率国家青少年生育率普遍低，部分原因是 15 至 19 岁的妇女很少有人结婚。在有数据的低生育率国家中，四分之三的国家该年龄组已婚妇女比例不超过 7.3%。在低生育率国家，青少年生育率最高的国家为每 1000 名 15 至 19 岁妇女生育 70 个孩子，但低生育率国家中有四分之三的国家青少年生育率低于 30%。与此形成对照的是，高生育率国家中有四分之三的国家青少年生育率超过每 1000 个妇女生 63 个孩子，中等生育率国家中有一半国家的青少年生育率高于 49%。

图四

2005 年青少年生育率估计数与最新资料显示的 15 至 19 岁已婚妇女所占百分比的比较



35. 1990 年至 2005 年期间，在 177 个有数据的国家中，除 25 个国家以外，其他所有国家的青少年生育率均有所下降。相对而言，高生育率国家的下降一般低于中等生育率国家，而中等生育率国家的下降往往又低于低生育率国家。因为至少在一半高生育率国家和大约四分之一的中等生育率国家，15-19 岁妇女中已婚的比例比较高，降低青少年生育率可能取决于减少很年轻就结婚的倾向。此外，确保已婚年轻妇女可以获得生殖保健服务也应是优先事项。在尽管几乎没有 15 至 19 岁的妇女结婚，但青少年生育率仍比较高的国家，确保生殖保健方案涵盖单身年轻妇女应该是任何降低青少年生育率战略的一部分。

36. 提高女孩的受教育程度是降低早婚发生率和青少年生育率的另一项重要办法。青少年在学校的时间越长,就越可能推迟结婚和生育。在 24 个高生育率非洲国家中,15-19 岁妇女当中没有受过教育者的生育率比接受过中学或以上教育的妇女高四倍。¹¹ 在印度的 15-19 岁妇女中,没有接受过教育者的 33%和只有小学学历者的 22%已生育 1 个孩子,而在接受过一些中学教育者中,这一比例仅为 9%。¹² 甚至在低生育率国家,受教育程度低的年轻妇女一般也比受较好教育的同龄妇女生育更多子女。¹³

37. 青少年生育率是大多数政府(2009 年为 87%)的一个重大关切问题,许多政府有解决这一问题的政策或方案。¹⁴ 此类政策在中等生育率国家更常见(此类国家中 87%有此类政策),常见程度超过低生育率国家(73%)或高生育率国家(81%)。实施的方案包括支持向青少年提供生活技能和生殖健康培训以及性教育的公共机构和非政府组织。也提倡青年同伴间的咨询和为父母举办的辅导课程。在非正规场合以及职业培训中心和青年俱乐部提供了相关的培训。世界各地的青少年希望和需要得到有关性健康和生殖健康的可靠信息。关于性教育和预防艾滋病毒感染的方案中纳入了关于如何最好地让青年人参与反思、批判性思维和讨论的准则,以建立自信和解决问题的技能,从而对性行为 and 生殖行为作出负责任的决定。这些方案有助于青年人推迟性生活的开始,避免意外怀孕和防止危险性行为。¹⁵

六. 避孕药具的使用和未得到满足的计划生育需求

38. 避孕药具,特别是现代避孕方法的使用是夫妇和个人控制其孩子数目的常见方法。现代避孕方法自从在 1960 年代问世以来,在已婚或同居者中的使用显著增加,在总生育率下降的人群中尤其如此。避孕普及率是以 15-49 岁已婚或同居妇女中使用某种避孕方法者所占百分比来衡量,2009 年,这一比例在发达国家平均为 72%,在发展中国家为 61%;在避孕药具的使用者中,在发达国家,依靠现代方法的占 85%,在发展中国家占 90%。

¹¹ 2010 年千年发展目标报告(联合国出版物,出售品编号 E.10.I.7)。

¹² Demographic and Health Surveys StatCompiler 2010(见 www.statcompiler.com)。

¹³ Susheela Singh and others, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries", *Family Planning Perspectives*, vol. 33, No. 6 (2001)。

¹⁴ 2009 年世界人口政策(联合国出版物,出售品编号 E.09.XIII.14)。

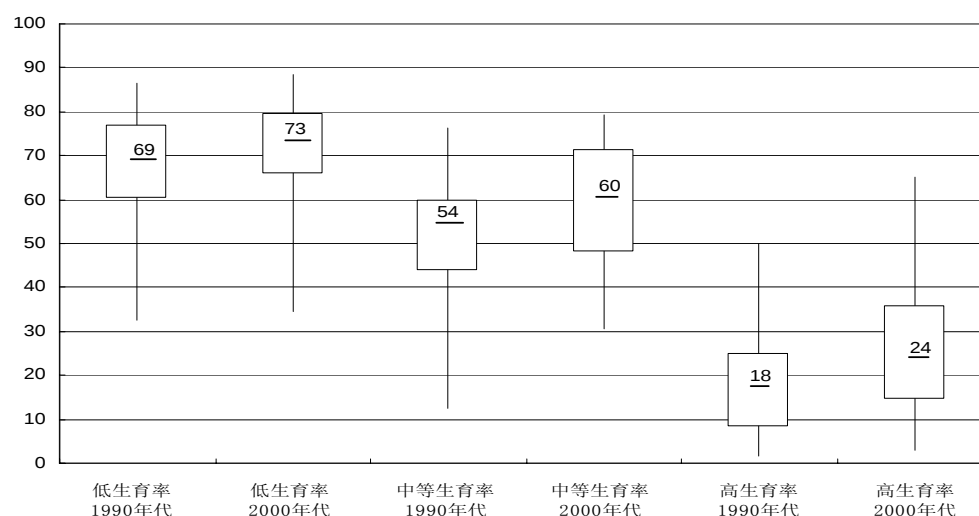
¹⁵ 联合国人口基金,人人享有性和生殖健康:减贫、促进发展和保护人权(见 http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh_report_2010.pdf)。

39. 避孕普及率在低生育率国家和中等生育率国家一般要高于高生育率国家(见图五)。根据 1990 年代和 2000 年代末的数据,在 34 个有数据的低生育率国家中,62%的国家避孕普及率提高,在 36 个中等生育率国家中,89%的国家避孕普及率提高,在 45 个高生育率国家中,78%的国家提高。避孕普及率中位数在低生育率国家中从 69%上升至 73%,在中等生育率国家中从 54%上升至 60%,在高生育率国家中从 18%上升至 24%。

图五

1990 年代和 2000 年代按避孕普及率编列的国家分布情况

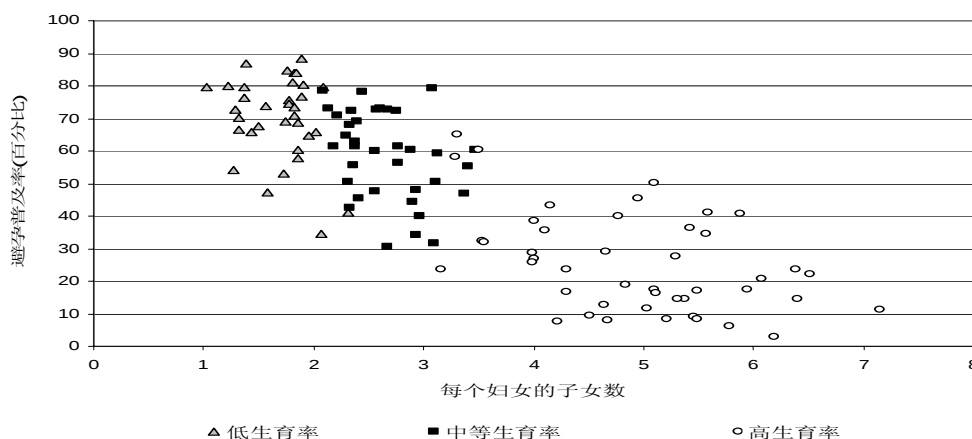
(百分比)



40. 虽然在有数据的大多数高生育率国家,避孕普及率仍然非常低,但其中 15 个国家的避孕普及率已超过 30%,在 4 个国家已超过 50%。在中等生育率国家,72%的国家的避孕普及率超过 50%,在低生育率国家,类似高避孕普及率也很常见(有 91%的国家超过 50%)。一般来说,较低的避孕普及率与较高的生育率有关联,但如图六所示,在任何一个具体的总生育率上,避孕普及率有相当大的差异。特别是在估计总生育率范围为每名妇女生 1.0 到 3.0 个孩子的国家,避孕普及率差别很大,从不丹较低的 31%到挪威较高的 88%不等。这种差异意味着,除总的避孕普及率因素以外的其他因素在决定生育数量方面也很重要,这些因素包括:所用方法的有效性;婚姻、离婚和分居的比例;婚外生育和堕胎的发生率。

图六

2005-2010 期间最新统计的避孕药具使用率与总生育率的比较



41. 妇女依赖现代避孕方法的程度在国家组之间也有所不同。2000 年代在 53 个有数据的高生育率国家中，42 个国家的现代避孕方法的使用率非常低，其现代避孕方法普及率从索马里的 1%到马达加斯加的 28%不等。在其余高生育率国家，现代避孕方法普及率一般低于 40%。唯一的例外是洪都拉斯为 56%，阿拉伯叙利亚共和国为 48%。此外，在 11 个高生育率国家，40%以上的避孕方法使用者依赖效果不如现代方法的传统避孕方法。

42. 与高生育率国家的妇女相比，中等生育率国家的妇女更可能使用现代避孕方法。在 43 个有数据的中等生育率国家中，40 个国家的现代避孕方法普及率在 30%以上，只有一个中等生育率国家(加蓬)例外，该国 40%以上的避孕者依赖传统方法。在 42 个有数据的低生育率国家中，现代避孕药具的使用率并不是都很高。在 9 个低生育率国家，其现代化避孕方法的普及率低于 30%，其中包括阿尔巴尼亚、亚美尼亚、阿塞拜疆、波斯尼亚和黑塞哥维那、格鲁吉亚、马尔代夫、黑山、塞尔维亚和前南斯拉夫的马其顿共和国。此外，在 10 个低生育率国家，40%或更多的避孕者仍然依靠传统方法。

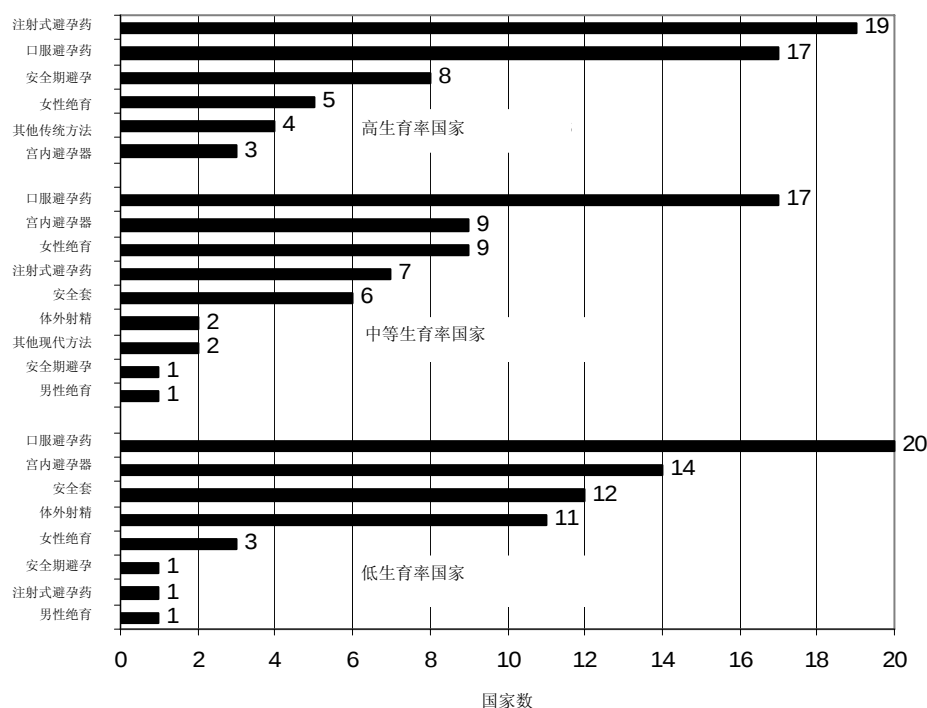
43. 在几乎所有有数据显示不同避孕方法在避孕者当中的流行情况的国家，看来都有一种或两种方法得到偏好。在有数据显示不同避孕方法使用情况的 173 个国家中，有 59%的国家的避孕方法使用总数的至少 60%集中于两种方法。此外，在所审议的国家中，大约有一半国家的避孕方法使用总数的至少 40%集中于一种方法。在各国之间，使用的主要方法有很大差异(见图七)。在 63 个有数据的低生育率国家中，两种现代和高度有效的方法，即口服避孕药和宫内避孕器，是主要避孕方法；口服避孕药是其中 20 个国家的主要方法，宫内避孕器则是 14 个国家使用的主要方法，两种面向男性的方法(避孕套和体外射精)是下一个层级的国家中所使用的主要方法。接下来最多的是女性绝育法，这是巴西、马尔代夫和波多

黎各使用的主要方法。安全期避孕法、注射式避孕药和男性绝育分别是波兰、缅甸和加拿大最常用的方法。在几个低生育率国家(包括阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、希腊、日本、马耳他和塞尔维亚)中,最常用的两种方法是避孕套和体外射精。

44. 现代避孕方法在 54 个有数据的中等生育率国家使用的主要方法中占主导地位。口服避孕药是最多中等生育率国家(17 个)使用最多的方法,然后是宫内避孕器和女性绝育,各是 9 个国家中的主要方法。然后是注射式避孕药和男用避孕套。体外射精是巴林和土耳其使用最多的方法,其他各组现代方法在墨西哥和委内瑞拉玻利瓦尔共和国占主导地位,安全期避孕法是加蓬的首选方法,男性绝育是不丹的主要方法。

图七

按使用的主要避孕方法排列的国家数目



45. 高生育率国家使用的主要避孕方法种类差异略少。在 56 个有数据的高生育率国家中,注射式避孕药是 19 个国家中的首选避孕方法,口服避孕药是 17 个国家的主要方法。随后使用最多的避孕方法是安全期避孕法(在 8 个国家占主导地位)、女性绝育(在 5 个国家是主要方法)、其他传统方法(在 4 个国家是首选方法)和宫内避孕器(在 3 个国家占主导地位)。在主要方法不是非常有效的国家,第二

种最常用的方法一般是非常有效的。例外情况包括贝宁、喀麦隆、刚果、刚果民主共和国和多哥，这些国家使用最多的方法是安全期避孕，然后是男用避孕套和体外射精。

46. 获得尽可能多样化的安全有效的避孕方法在许多国家尚未成为现实。在一些国家，使用者仍然高度依赖有很高失败率的方法，或没有充分的机会获得安全和适于限制子女人数的长期方法，因此其需求没有得到满足。为减少中断某种避孕方法的可能性，提供获得多样化避孕方法的机会特别重要。在 8 个国家的研究发现，14%至 58%的妇女在使用口服避孕药一年后中断使用，6%至 36%的妇女使用宫内避孕器一年后中断使用，18%至 68%对注射式避孕药在一年后中断使用。¹⁶ 中断率往往在这样的国家中比较低：计划生育服务提供者积极推出诸如孕激素避孕药这样的新避孕药具；此类服务注重辅导和后续行动；对引起的并发症有适当的转诊服务。

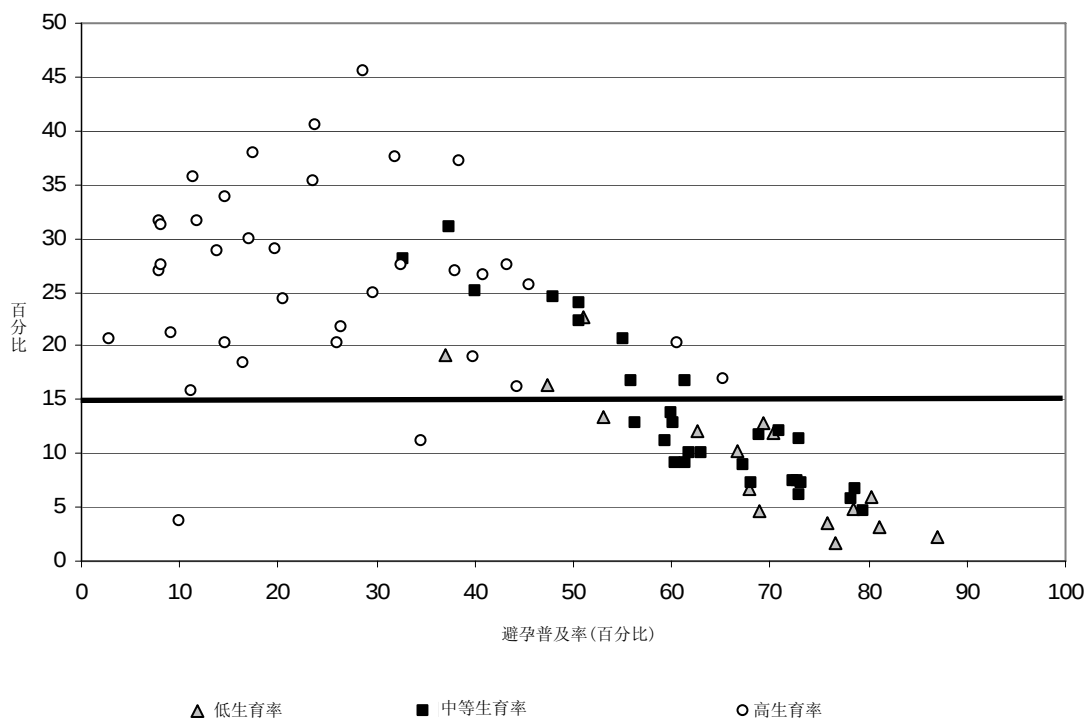
47. 尽管很多国家在扩大获得避孕药具的机会方面取得了进展，但国家内部存在很大差异，年轻、贫穷、教育程度较低和农村人口在享受计划生育服务方面面临着较大障碍。64 个发展中国家的数据表明，在除中亚以外的所有区域，使用避孕药具方面存在重大差距，在高生育率的撒哈拉以南非洲国家尤其如此。¹⁷

48. 衡量计划生育服务需求的一个有用指标，是想推迟下一次怀孕或完全停止生育的已婚或同居育龄妇女中没在使用任何避孕方法者所占比例。想要的孩子多时，未满足的需求通常很低，当想要的孩子的数目下降时，未满足的需求升高，当避孕药具的使用变得普遍和分配公平时，未满足的需求下降。避孕普及率高时未满足的需求往往较低，反之亦然。在低生育率和中等生育率国家，未满足的需求普遍很低，与避孕普及率相比时尤其如此(图八)。相比之下，在 36 个有数据的高生育率国家中，21 个国家的未满足的需求高于避孕普及率，在其中除两个国家(索罗门群岛和东帝汶)外的所有国家，在每 6 名已婚妇女中就有超过一人的计划生育服务需求未得到满足。在 29 个有数据的中等生育率国家中，9 个国家报告存在类似较高度度的未满足的需求，在 16 个低生育率国家中，有 3 个国家(阿塞拜疆、格鲁吉亚和缅甸)也报告了类似较高度度的未满足的需求。在这 12 个国家，未满足的需求的幅度从 16%到 31%不等，低于未满足的需求程度最高的 11 个高生育率国家所报告的程度(30%至 46%)。

¹⁶ Sarah Bradley and others, "Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation", DHS Analytical Studies No. 20 (Calverton, Maryland, ICF Macro, 2009)。

¹⁷ Nuriye Ortayli and Shawn Malarcher, "Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 41, No. 2 (2010)。

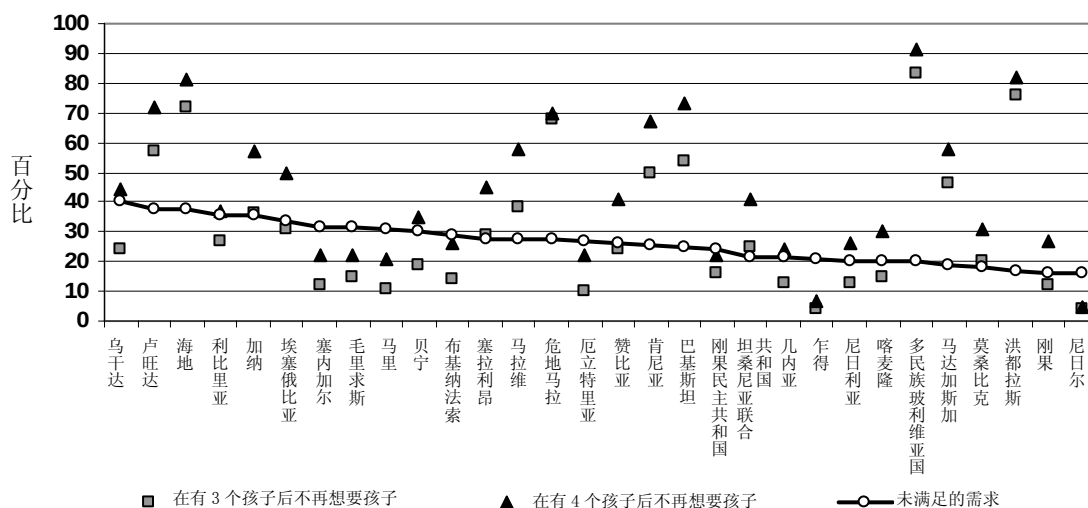
图八
未满足的计划生育服务需求与避孕普及率的比较



49. 未满足的需求与想要几个孩子有关，在许多高生育率国家，夫妇希望有几个孩子。但是，有证据表明，愿望正在发生变化，在一些高生育率国家，有三、四个孩子后妇女不想再生更多孩子的比例很高。如图九所示，在所审议的 30 个高生育率国家的 22 个国家中，未满足的需求水平据信低于那些一旦有 4 个孩子不想再要孩子的妇女所占高百分比。尽管如此，在至少 8 个国家中，仍有 78%或更多的已婚妇女在有 4 个孩子后还希望生更多的孩子。在这些人群中，满足当前计划生育服务方面很低的未满足的需求只是向低生育率过渡的第一步，必须要得到其他战略的支持，以改变关于所希望的子女数目的标准。

图九

高生育率国家中按已有子女数目和未得到满足的计划生育服务需求开列的不想再生更多孩子的妇女所占百分比



50. 总之，尽管在确保所有的夫妇和个人都能获得有关信息、教育和手段，以实现他们所想要的孩子数目方面取得了进展，但在许多国家获得计划生育服务的机会仍然落后于人们的需要。这些国家中的大多数是高生育率国家，它们也是其各自所在区域的最不发达或最穷的国家。尽管在其中大多数国家，想要很多孩子愿望仍很强，但有证据显示，要孩子的愿望正在变化，大多数这样的国家存在中度至高度的未得到满足的计划生育服务需求。而且，在一些低生育率和中等生育率国家，未满足的需求一直不大，在大多数国家，占主导地位的避孕方法很少，表明仍有余地增加所提供的安全有效的避孕方法的种类。必须重点关注获得多种多样的计划生育方法的机会，因为如下文所述，计划生育是一个具有成本效益的干预措施，可加速实现与保健有关的千年发展目标。此外，在一定程度上，扩大获得计划生育服务的机会会推动有关进程，让家庭规模较小，给每个孩子提供更多的机会，让人口增长变缓，使得可以更多地对年轻人进行投资，从而大大促进经济发展。

七. 孕产妇保健

51. 确保孕产妇的健康是一个全球性优先事项。低生育率国家例行向孕妇提供产前护理，因此，产死亡的概率非常低。而在发展中国家，特别是高生育率国家，

很多孕妇依然 足够的孕产妇保健服务，因此， 产死亡的风险高。全球育龄妇女人数从 1990 年的 13 增至如今的 18 ，并将继续增加。由于育龄妇女增多，按理说仅此一项就会增加孕产妇死亡人数，¹⁸ 但最新的估计表明，孕产妇死亡人数从 1990 年的 545 000 人降至了 2008 年的 358 000 人。¹⁹ 下降原因有二，其一是生育率下降， 有余地 了育龄妇女人数增加的影响，其二是孕产妇保健服务得到了改善。然而，在生育率和提供孕产妇保健服务方面，各国情况仍然相差 。如今，65%的孕产妇死亡事件发生在高生育率国家，其中大多数原本是可以避免的。此外，中等生育率和低生育率国家作为一个整体，已将总孕产妇死亡率降低了 55%，并正在按计划 步实现在 1990 年至 2015 年将孕产妇死亡率降低 75%的千年发展目标，而高生育率国家可能 以实现这一目标，因为自 1990 年以来这些国家的孕产妇死亡率只下降了 28%。

52. 妇女一生因孕产而死亡的风险随着生育率上升而增加(见图十)。通常，生育率迅速下降，则孕产妇死亡率也随之大幅下降。防止高危 不仅有利于妇女，还有利于胎儿的健康和存活，高危 是指间隔少于两年的 和青少年和高龄妇女的 。获得计划生育服务在这方面至关重要，能让妇女避免时机不当的怀孕或意外怀孕。如果当前未满足的对现代避孕方法的需求得到满足，可减少 71% 的意外怀孕，避免近 10 万例孕产妇死亡。近期而言，每年需要 外 36 美元(按 2008 年美元价值计)来满足目前未满足的需求，²⁰ 但随着育龄妇女人数增加，供资也必须增加。

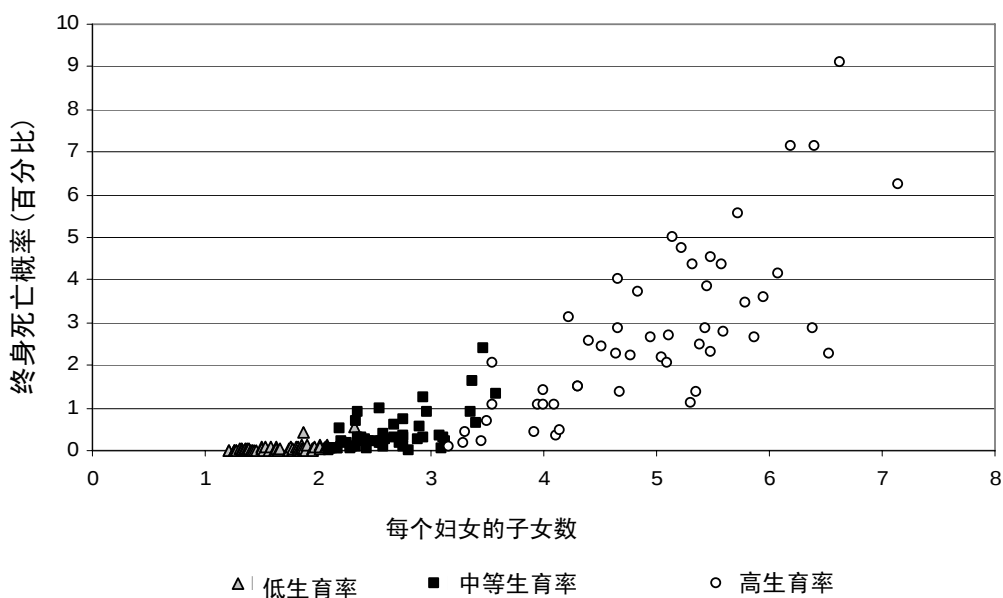
¹⁸ 根据世界卫生组织的定义，孕产妇死亡是指妇女从 开始至 止后 42 天内，不论阶段和部位如何，由于任何与 有关或因 加重或 不当的原因造成的死亡，不包括意外或 然原因致死者。

¹⁹ 《孕产妇死亡现 的趋势：1990-2008 年》(日内瓦，世卫组织，2010 年)。

²⁰ Susheela Singh and others, *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009)。

图十

2008 年妇女一生因孕产而死亡的概率与 2005-2010 年总生育率的比较



53. 妇女一旦怀孕，必须获得持续照料，以确保安全分娩，母子健康。世界卫生组织(世卫组织)建议对孕妇提供一整套护理，包括前往孕产妇保健机构接受至少 4 次产前检查、由专业人员进行接生、使用适当的设施和药物、能够把出现并发症的孕产妇转诊并前往产科门诊以及提供产后护理和咨询。在许多发展中国家，特别是高生育率国家，孕产妇得不到适当照料。²¹ 在 2003 至 2008 年期间，仅 34% 的农村孕妇和 67% 的城市孕妇获得了 4 次产前检查，仅 63% 的孕妇有专业人员进行接生。²² 在撒哈拉以南非洲、南亚和大洋洲，有专业人员进行接生的产妇比例更低，分别为 45%、46% 和 57%。产科门诊护理更不易获得，非洲和亚洲很少有国家进行的产手在数目上与并发症的发生率相当。此外，许多国家根本不提供产后护理，妇女产后无法获得关于新生儿护理和计划生育的重要咨询信息。贫困和教育阻碍了人们充分获取孕产妇和儿童保健的渠道。在 38 个国家开展的人口与健康调查表明，在最穷的 1/5 的妇女当中，能够有助产接生的不到 30%，而在最富有的 1/5 的妇女当中，能够得到助产接生的妇女所占比例超过 80%。²³ 发达国家也存在着与种族、出身和其他社会经济因素有关的不公平现象。

²¹ 《在儿童问题方面的进展：孕产妇死亡情况报告单》(联合国出版物，出售品编号 E.08.XX.16)；《在孕产妇、儿童和儿童生存方面的进展》(纽约，儿童基金会，2008 年)。

²² 《千年发展目标 2010 年报告》，同前。

²³ 《2015 年倒计时》。《十年报告(2000-2010 年)：总结孕产妇、儿童和儿童生存方面的情况》(日内瓦，世卫组织和儿童基金会，2010 年)。

54. 分娩时产科护理不足会导致若干 重后 症，包括不孕不育、 重贫 、子宫脱 及 道 。估计有 3 妇女 有这些后 症，其中至少有 200 万妇女的 道 未获 ，因而 受 。²⁴ 切 女性生殖器的做法增加了 分娩并发症的可能性。42%的孕妇 有贫 ，贫 通常因 、艾滋病毒感染和其他 病而 化，增加大出 的风险，1997-2007 年，35%的孕产妇死亡是由大出 导致。其次最常见的孕产妇死因包括怀孕引起的高 压、不安全堕胎导致的并发症和败 症，1997-2007 年，这些原因分别占孕产妇死亡的 18%、9%和 8%。²⁵ 从全球来看，不安全堕胎引起的并发症和孕产败 症导致发展中国家 3 300 万妇女失去生育能力。除了 行 卫生标准，还必须提供基本 生素药物和有效的产后护理和流产后护理，以减少由败 症和其他感染导致的 病和死亡。

55. 据估计，如果向孕产妇和新生儿提供推 的一整套妇幼保健服务，每年将资 230 美元(按 2008 美元价值计)。如果满足未得到满足的对现代避孕药具的需求，将使费用再增加 36 美元，但是这些药具能够避免约 5 000 万例 ，从而 51 美元的孕产妇和新生儿保健费用，最 可 15 美元。因此，同时投资于计划生育保健比仅投资于孕产妇和新生儿护理更划 。

56. 要改善孕产妇保健，还必须 除性别 ，增强妇女权能。社区和家庭中的性别 导致妇女 以获得所需要的关于性和生殖健康的信息和服务。当基于性别的 力得到 容时，妇女尤其容易受到 害。为制止这种 力行为，各国政府一直在立法保护妇女。截至 2006 年，87 个国家通过了关于家庭 力的立法，并制定了国家行动计划，以防止家庭 力。此外，至少 104 个国家规定婚内强 为 行为，90 个国家 布了关于性 的法 。截至 2008 年，在 37 个普遍存在女性生殖器切 行为的国家中，20 个国家通过了法 ，认定这一做法属于 行为。这些进展令人鼓 ，但要确保 这些法 并 除 妇女的 规 习，依然任重道远。

流产

57. 流产分为自发流产和人工流产即堕胎。自然流产经常发生：13%至 20%的证实以自然流产告 。²⁶ 夫妇年龄越大，以往 次数越多，则越容易发生自然流产。自然流产如果发生在 22 之后，就可能是不全流产，需要接受产科 诊 ，防止并发症。

²⁴ L.L. Wall, "Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem", *The Lancet*, vol. 368, No. 9542 (September 2006)。

²⁵ 《2015 年 计时》，同前。

²⁶ John Bongaarts and Robert G. Potter, *Fertility, Biology and Behavior: Analysis of the Proximate Determinants* (San Diego, California, Academic Press Inc., 1983) Marilyn K. Goldhaber and Bruce H. Fireman, "The fetal life table revisited: spontaneous abortion rates in three Kaiser Permanente cohorts", *Epidemiology*, vol. 2, No. 1 (1991)。

58. 世界上除了 5 个国家以外, 其余所有国家都允许基于特定原因的堕胎。最常见的原因是为一 孕妇生 而堕胎。此外, 三分之二以上的国家还允许为保护孕妇身体或心理健康而堕胎, 一半国家允许在 胎受 情况下堕胎, 37% 允许因经济和社会原因而堕胎。仅三分之一的国家允许不需任何理由的自愿堕胎, 其中包括 43 个低生育率国家、13 个中等生育率国家和 1 个高生育率国家。

59. 由于大多数自然流产不引起并发症, 而各国一般只允许有 一件的人工流产, 因此, 没有关于区域和全球总流产率的可靠统计数字。不过, 据估计, 自 1995 年至 2003 年, 人工流产数目由 4 600 万降至 4 200 万, 这意味着每 1 000 个 15 至 44 岁女性的人工流产率从 35 例降至 29 例。²⁷

60. 如果堕胎手 是由合格的保健 业人员 用适当的技 和卫生规程而进行, 则选择性堕胎致死致 的风险较低。²⁸ 世卫组织估计, 2008 年发生了 2 200 万例不安全堕胎: 其中低生育率国家占 13%, 中等生育率国家占 52%, 高生育率国家占 35%。15-44 岁女性的不安全堕胎率分别为: 低生育率国家每 1 000 人 4 例, 中等生育率国家每 1 000 人 18 例, 高生育率国家每 1 000 人 31 例。

61. 要减少不安全堕胎的发生率, 关键是要避免意外怀孕。满足对计划生育服务的未满足的需求是朝着这一方向 进的必要一步。此外, 当出现流产并发症时, 应提供适当的流产后护理。在堕胎合法的情况下, 应保证堕胎的安全性。在任何时 , 流产后护理都应包括咨询、教育和计划生育服务, 以预防再次流产。

八. 生殖健康的其他方面

A. 艾滋病毒/艾滋病

62. 2009 年有 3 330 万 ²⁹ 艾滋病毒感染者: 低生育率国家占 15%, 中等生育率国家 39%, 高生育率国家 46%。艾滋病毒流行率分别为低生育率国家 0.2%, 中等生育率国家 0.7%, 高生育率国家 2.3%。29 个国家流行率为 2%或以上, 其中 20 个国家为高生育率国家。2009 年出现了 260 万新感染病例, 其中 52% 发生在高生育率国家。据估计, 全球有 5.8% 的孕产妇死亡是由艾滋病毒/艾滋病造成的。

63. 尽管在推广 转录病毒 法方面取得了重大进展, 但 2009 年, 在流行率至少为 0.1% 的低生育率国家和高生育率国家两类国家中, 各有约半数国家的转录病毒 法对需要这些 法者的 盖率不足 40%。流行率相近的中等生育率国

²⁷ Gilda Sedgh and others, "Induced abortion: estimated rates and trends worldwide", *The Lancet*, vol. 370, No. 9595 (October 2007)。

²⁸ Elisabeth Ahman and others, "The global burden of unsafe abortion in the year 2000", in *Global Burden of Disease 2000* (日内瓦, 世卫组织, 2003 年)。

²⁹ 《2010 年全球艾滋病流行病报告》(艾滋病 , 2010 年)。

家情况好些，其中只有约五分之一国家的 转录病毒 法 盖率低于 40%。截至 2009 年，中低收入国家有 520 万 者正在接受 转录病毒，比 2003 年增加了 12 倍。但是，尽管这一增加，需要 转录病毒 的 者中仍然只有三分之一得到这种。此外，在 2009 年，每向一名 者开始提供这种，就出现两名新感染者。因此，当务之 是着重开展预防工作。

64. 有 表明，预防工作正在发 作用。在艾滋病毒最 的 21 个国家中，15 个国家已经把 15 至 24 岁人群的艾滋病毒感染率降低了 25%。³⁰ 有 转录病毒药物泰 福韦的 等预防技 的发展为妇女提供了降低感染风险的手段。³¹ 对于男性来说，包 切手 虽然不能绝对 除感染风险，却大大降低了这一风险，非洲一些国家政府支持把包 切作为艾滋病毒/艾滋病 合预防方案的一部分。³² 为达到最佳效果，必须把如何 助最易受感染的群体作为预防战略的重点。即使在广泛流行的情况下，重点 对作为感染关键集中源的高危群体，包括性工作者和注射毒品使用者，也能取得很好效果。然而，用于资助这种干预行动的经费一直很少。此外，在一些国家，新感染者大部分年龄超过 25 岁，不属于通常的青年预防方案的 盖范围。

65. 要减少儿童感染艾滋病毒的发生，一项 合方法是预防妇女感染、避免 带艾滋病毒的妇女意外怀孕并预防艾滋病毒的母 传播。2009 年，53%的 带艾滋病毒的孕产妇接受了 转录病毒，以防止艾滋病毒的母 传染。³³ 2010 年世卫组织发布的新指南建议，在 期间比以往更提前开始 转录病毒，并持续到 期间，以免 儿受感染。

66. 把包括自愿咨询和 测在内的艾滋病毒预防服务与性和生殖健康服务 合起来，可促进艾滋病毒自愿 查，提高人们对感染艾滋病毒和其它性传播 病的风险的认识，并增加安全套的使用。

67. 2009 年，87%的政府仍把艾滋病毒/艾滋病作为一个主要关切，91%的国家(98%的发达国家和 89%的发展中国家)制定了提供 转录病毒 的方案。此外，97%的国家政府报告说，对本国 供应和 制品是否 有艾滋病毒进行 测，86%的政府推广安全套的使用，以防止艾滋病毒的性传播。不过，安全套的全球供应

³⁰ 《年轻人正引领预防艾滋病毒的革 》(日内瓦，艾滋病，2010 年)。见 http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf。

³¹ .A. Karim and others, “Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women”, *Science*, vol. 329, No. 5996 (2010)。

³² 《在推广包 切手 方面的进展：最新的国家 行和研究情况》(日内瓦，世卫组织和艾滋病，2010 年)。

³³ 《实现人人得到防 ：在健康领域推广 对艾滋病毒/艾滋病的重点防 措施》。《2010 年进度报告》(日内瓦，世卫组织、儿童基金会和艾滋病，2010 年)。

量仍然不够，无法确保向性行为活 人口提供充分保护，³⁴ 并且安全套的质量仍令人担 。

68. 保护艾滋病病毒感染者免受 的工作尚未普及。2009 年，仅 65% 的发达国家和 55% 的发展中国家具 止这种 的法 。此外，2009 年，在艾滋病广泛流行的 52 个国家中，23 个国家仍没有法 规定 止与艾滋病有关的 。

B. 生殖道感染

69. 生殖道感染由一般存在于生殖道内的生物体或 程 感染引起，可以通过性传播。30 多种 、病毒和 生病原体可通过性传播。³⁵ 据估计，每年 15-49 岁人群中有 3.4 新病例 上最常见的可 的性传播感染，包括 毒、 病、 原体和 病。³⁶ 人类 病毒、人类 病毒及 病毒等病毒性传播感染目前尚无法 ，这些感染的发生率可能达可 的性传播感染的两倍。³⁷ 由 2 型单 病毒和人类 病毒引起的感染非常普遍，其中，人类 病毒感染是病毒性生殖道感染中最常见的一种。在全球范围内， 于不可 的病毒引起的性传播感染的高流行率、性行为趋势和 行增加的情况，预计与性传播感染相关的 病负担将上升。

70. 在各国国内，不同人群的性传播感染流行率差别很大。一般而言，城市地区的男子和妇女、未婚者和年青成人感染这些 病的风险最大。大多数性传播感染起初并无症 ，但可传染给性伴侣。因此，应该把性传播感染 作为初级生殖保健的常规内容，以尽早发现感染，提供关于如何避免进一步传播的信息，并加以 和预防 重并发症。如果妇女 有生殖道感染却得不到 ，则更有可能 化成 或宫 癌(如果感染了人类 病毒)，增加不孕不育、异位 、自然流产或死产的风险。如果产妇 有感染而未获 ，则 儿容易出现先天性 毒、 、早产、出生体重低或失明的情况。在男性中，性传播感染的 重并发症包括 性感染、 和 失生育能力。还应高度重 对性传播感染的 和控制，因为性传播感染容易助长艾滋病毒传播：2 型单 病毒、 下 或 毒等 性感染能把艾滋病毒传播的效力增加 2 倍或 3 倍。

³⁴ 《2008 年 助方为预防艾滋病毒/艾滋病在避孕和避孕套方面提供的支助》(约，人口基金，2009 年)。

³⁵ 《全球预防和控制性传播感染战略：2006-2015 年》(日内瓦，世卫组织，2007 年)。

³⁶ 《全球一些可 的性传播感染的流行情况和发生率：概 和估 》(日内瓦，世卫组织，2001 年)。

³⁷ 《性传播感染和其他生殖道感染：基本实践指南》(日内瓦，世卫组织，2005 年)。

C. 生殖系统癌症

71. 据估计，每年有 130 万人死于生殖系统癌症。³⁸ 在女性中，最常见的是乳腺癌、宫颈癌、卵巢癌和子宫癌。每年有 110 万乳腺癌新病例并有 52 万人死于这一病。早期诊断是成功治疗乳腺癌的关键。如果对 50-69 岁妇女进行乳房X线摄影检查，然后对结果呈阳性或结果可疑的妇女进行后续诊疗，则可将乳腺癌致死人数减少多达三分之一。³⁹ 然而，由于乳房X线摄影检查的费用和判定检查结果所需要的人员人数，低收入国家很普及这一检查。因此，必须根据年龄、相关风险因素和家族病史集中对乳腺癌高危人群进行选择。

72. 宫颈癌每年影响近 50 万妇女，并造成 26 万人死亡。这是发展中国家妇女最常见的癌症。大多数确诊有宫颈癌的妇女年龄不足 40 岁，几乎所有病例都与人类乳头瘤病毒感染有关。防止感染和死于宫颈癌的最有效办法是对宫颈癌前异常情况进行筛查和诊断。完善的筛查和诊断方案可预防 80% 的宫颈癌。⁴⁰ 然而，事实证明，很在资源有限的国家中举办这些筛查方案。正是因为如此，低收入国家的宫颈癌死亡率仍然很高。⁴¹ 2006 和 2007 年获准开发的两种预防人类乳头瘤病毒感染的疫苗可望有助于预防宫颈癌。在青少年开始性活动之前就注射该疫苗最有效。世卫组织建议宫颈癌发病率高的国家把常规人类乳头瘤病毒疫苗接种纳入国家免疫方案。截至 2009 年，仅 27 个国家把人类乳头瘤病毒疫苗接种纳入了国家免疫方案。⁴²

73. 前列腺癌是男性中最常见的生殖系统癌症。每年确诊 60.5 万新发病例，30.8 万人死于这一病。四分之三的死者年龄为 70 岁或以上。可以采用多种方法筛查前列腺癌，最常用的方法是检测前列腺特异抗原。然而，目前尚不确定例行筛查是否可以降低死亡率，因为前列腺癌发展缓慢，并且由于患者年龄大，潜在性前列腺癌很常见。此外，已有的筛查方法很可能带来比前列腺癌本身更大的副作用。⁴³

³⁸ 《全球疾病负担：2004 年最新情况》（日内瓦，世卫组织，2008 年）。

³⁹ *World Cancer Report 2008* (Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 2008)。

⁴⁰ 世卫组织，“人类乳头瘤病毒疫苗：世卫组织立场文件”，《情况简报》，第 84 期，第 15 号，第 117-132 页，2009 年。

⁴¹ 《发展中国家的宫颈癌筛查情况：世卫组织咨询报告》（日内瓦，世卫组织，2002 年）。

⁴² 《人类乳头瘤病毒疫苗的提供和影响监测情况会议报告》，2009 年 11 月 16 日至 17 日（世卫组织，日内瓦，2010 年）。

⁴³ Peter Davidson and John Gabbay, “Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level?” Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (2004)。

74. 年龄标准化死亡率根据每 10 万个妇女当中因生殖系统癌症致死人数计，高生育率国家的这一比率往往高于中等和低生育率国家。在 50% 以上的低生育率和中等生育率国家中，女性年龄标准化死亡率为每 10 万名妇女死亡 39 人或更少，而在四分之三的高生育率国家，这一比率为每 10 万名妇女死亡 39 人或更多。在男性中，三类国家的前列 癌年龄标准化死亡率的差异不明显。

九. 结论和建议

75. 降低生育率有利于个人、家庭和国家。如能辅之以正确的经济政策，生育率下降将有助于经济增长。自 1970 年以来，几乎所有国家的生育率都已下降，但起始时间和速度颇为不同，因此，如今各国的生育率存在巨大差异。许多国家因生育率明显下降而受益，因为儿童人数的减少使得国家可以加大对生产活动以及青少年教育和健康的投资。因此，这些国家在许多发展指标方面取得了重大进展。相形之下，生育率下降缓慢而且仍然高的国家在发展指标方面依然滞后。

76. 本报告着重介绍了低生育率、中等生育率和高生育率国家的不同经验和特点，其中所载信息表明，高生育率国家在多数与生殖健康和生育力决定因素有关的成果方面往往表现不佳。在确保人人享有生殖健康方面，虽然所有国家都面临挑战，但高生育率国家面临的挑战更加严峻，原因之一就是这些国家的人口仍在迅速增长。事实上，除非加速降低生育率，否则人口快速增长带来的挑战只会变本加厉。

77. 鉴于这些挑战，秘书长在 2010 年启动了全球妇女和儿童健康战略，以加大行动力度，争取最迟在 2015 年实现千年发展目标 5。如本报告所述，实现这一目标的重点战略是众所周知和经过实践检验的。然而，这些战略的执行并未获得应有的重视，政府并未提供必要的资金和行动来兑现承诺。

78. 确保所有具有相关需求的人都有机会使用现代计划生育方法，是改善母婴健康的有效手段，也是确保民众行使生殖权利的关键。此外，计划生育通过防止意外怀孕，可以最终降低母亲和新生儿保健服务的整体成本。然而，用于计划生育的资金尚未跟上需求的步伐。特别是，捐助资金于 2002 年达到高峰 7 亿美元，此后降至约 4 亿美元。由于育龄妇女人数增加，几乎所有受援国的用于计划生育的人均捐助资金自 1995 年以来下降了 50% 以上。同时，用于保健的发展援助总共增加了两倍。因此，亟需提高筹资数额，特别是争取每年额外筹集 36 亿美元，用于满足未得到满足的计划生育需要。

79. 国际人口与发展会议行动纲领预计，捐助者将只提供生殖健康服务费用的三分之一，因此，各国政府必须提供大部分资金，包括用于计划生育的资金。而各国还需供资解决其他各种优先事项，低收入国家尤其如此，因此，压缩了对生殖健康的供资空间。要改变这一情况，国家政府必须坚定承诺优先重视生殖健康问

题，包括计划生育。切实承认生殖健康对发展所具重要性的方法之一，是把生殖健康指标纳入国家规划文书，如减贫战略文件。

80. 要使人人享有性健康和生殖健康，加强保健系统必不可少。性和生殖保健服务应成为保健系统各级、特别是初级保健提供的一揽子最起码保健服务的组成部分。为涵盖低收入群体和其他弱势群体，必须铲除阻碍或限制这些群体获得性和生殖保健服务的法律、财务和文化障碍。

81. 为加大保健服务的有效性，建议采用综合方法来提供性和生殖保健。初级保健下提供的一揽子核心服务应包括：避孕咨询、服务及用品；建议为孕产妇提供的一揽子保健服务(第 53 段)；为感染了艾滋病毒的孕妇提供抗逆转录病毒治疗；在堕胎合法的地方提供安全堕胎；对性传播感染和生殖系统癌症的预防、筛检和治疗；艾滋病毒自愿检测和咨询以及转诊；监测基于性别的暴力行为并提供相关咨询，包括大力阻止有害做法。保健系统应制定战略，开展教育活动，提高男子、未孕女子和青少年对所提供的保健服务的认识，并倡导负责任的性行为 and 生殖行为。

82. 要实现人人享有生殖保健服务的目标，必须提供负担得起的优质避孕商品。近年来，发展中国家每年获得的用于资助提供避孕商品的援助资金为 2.05 亿美元至 2.39 亿美元不等。由于预计育龄人口将增加，用于避孕商品的专项援助资金必须最迟在 2015 年翻一番，才能满足预计的需求。

83. 对性健康和生殖健康采取基于权利的办法意味着，各国政府应积极主动地确保人民不受歧视地行使权利，包括生殖权利，并禁止有害做法，包括各种基于性别的暴力行为。通过法规只是第一步。还必须执行这些法规并监督其结果。旨在帮助增强妇女权能的措施特别重要。特别是，各国政府应贯彻相关法律，设立最低结婚年龄，并确保只有经男女双方的自由的和完全的同意，才能缔婚。

84. 由于享有权利往往涉及社会规范的改变，因此，各国政府必须告知、教育和说服民众，使其了解这些变化的益处。在消除损害性和生殖健康的社会决定因素方面，事实证明，行之有效的办法是让社区切实参与其中的参与性进程。此外，实施有关方案，提供关于生殖健康和权利的信息，同时开展教育和技能培训，以增强妇女权能，也大有裨益。

85. 男子本人和作为妇女的负责任的伴侣，都应参与其中，促进性和生殖健康。提高男子参与度的战略包括，倡导夫妻平等和共同负责预防意外怀孕，并改善男女沟通。

86. 必须指导青少年，使其了解什么是负责任的性行为和生殖行为。关于性教育和预防艾滋病毒感染的方案都有助于年轻人避免危险的性行为，因此，应当支持这些方案。

87. 在 1960 年代，当全世界的领导人意识到人口快速增长带来的挑战时，他们的第一个行动是承认人民有权自由和负责任地决定子女人数和生育间隔。由于各国都关切人口持续增长对长期可持续性的影响，于是召开了 1974 年世界人口会议，这次会议尽管引起很多争论，但开启了一个新时期，在这一时期内，国家和国际都采取有力行动来减缓人口增长，为此向夫妇和个人提供按自己愿望生育的信息和手段。因此，大多数国家的生育率和人口增长率都明显下降。这一成绩引起了自满情绪：人口增长已不再被视为一个紧迫问题。然而，秘书长关于世界人口趋势的报告(E/CN.9/2011/6)显示，人口增长构成的挑战可能被推迟，但是并未消除。幸好过去四十年来积累的经验表明，战胜这些挑战的战略是确保人人享有性和生殖健康，众所周知，这一目标的实现将造福妇女、儿童及其家庭和后代。因此，国家和国际各级必须加大重视程度，努力实现这一目标。
