

# 选择 的力量

生殖权利与人口转变

# 1

## 全球向小规模家庭发展的趋势

第12页



# 2

## 家庭人口多产生的影响

第28页



# 3

## 非典型的生育转变

第50页



4

殊途同归

第68页



5

为成为父母  
创造条件

第92页



6

人人享有选择的  
权利

第120页









# 前言

**选择改变世界。**选择可以迅速提升妇女和女童的福祉，促进家庭和社会变革，并加快全球发展。

夫妇或个人对是否生育子女、何时生育子女、生育子女的数量等问题的决定程度，会直接影响生育水平。如果真的能够实现自我决定，人们可能会更倾向于小规模家庭。如果选择权利受到了限制，将会导致子女过多或者过少，甚至根本没有子女。

迄今为止，没有一个国家能够断言本国所有人都充分实现了生殖权利。有太多妇女的选择权利受到限制。仍有数以百万计的人们无法决定自己生育子女的数量，要么生育过多，要么生育过少，这不仅会影响个人，而且会对社区、机构、经济、劳动力市场和整个国家产生影响。

对一部分人来说，实现生殖权利的阻碍源于卫生系统没有提供避孕产品等基本服务。对另一部分人而言，低质低薪的工作和育儿服务的缺失等经济障碍导致他们几乎不可能创建家庭或扩大家庭规模。而造成各种障碍的根本原因是根深蒂固的性别歧视，性别歧视剥夺了妇女在生活中作出基本决定的权利。

1994年通过的《国际人口与发展会议行动纲领》中，各国政府承诺要使人们能够对其性健康和生殖健康作出知情选择，并将此列为基本人权之一。在近25年后的今天，我们需要在此基础上确保个人能够

获得相应的支持，以负责任地决定生育子女数量、生育间隔和生育时间。

《2030年可持续发展议程》重申了这些原则，将生殖健康和生殖权利列为可持续发展目标的重要内容。事实上，生殖权利也是实现所有可持续发展目标的必要组成部分。**这就是选择的权利。**

我们的目标是充分实现每一个人和每一对夫妇的生殖权利，不论他们的生活地点、生活方式怎样，也不论他们收入如何。这需要消除所有阻碍自由和知情选择的经济、社会和体制障碍。

最后，我们所谓的成功不仅仅止于实现理想的生育。衡量进步的真正标准是人类本身，特别是妇女和女童的福祉、她们享有的权利、与男性完全的性别平等，以及她们可以自由作出的生活选择。

**娜塔莉亚·卡内姆**（Natalia Kanem）博士

执行主任

联合国人口基金



# 全球生育率 由高向低的 转变

概述

© Layland Masuda/华盖创意

曾几何时，大多数人都拥有一个大家庭——平均每个家庭有五个子女。全球生育率曾经相差无几，如今却各不相同，差别之大，超出任何人类历史时期。



家庭规模无论大小，都与生殖权利密切相关，而生殖权利又与健康和教育权、适足收入权、自由选择权和不受歧视权等许多其他权利相互关联。

如果人们所有的权利均能实现，那么往往能够发展顺利。反之，人们无法发挥自身的潜力，大多数人的生育率也往往会高于或低于自身真正的期望值。

## 生育率的重要性

生育率对个人的重要性非比寻常，因为它反映了人们自己决定怀孕次数、怀孕时间和怀孕间隔的权利和方法。生育率对社会来说也很重要，因为它可以阻碍或加速经济发展、公平和可持续发展进程，以及所有人福祉的实现。

在各国进行规划及提供卫生保健服务之前，全球生育率由高到低的转变已经由个人开始。19世纪下半叶，在欧洲国家以及其他讲英语的国家中，经济的不断发展带来了新的职业和就业机会，激励夫妻抓住这些机遇，减少生育子女的数量。另外，随着更多女童开始上学，她们的读写能力得以提升，再加上新闻和信息在社会中更为广泛的传播，人们逐渐认识到，控制生育率取决于自我有意识的选择。

人们（特别是女性）开始认识到，少生育子女可以在许多方面改善生活。

自那时起，一旦一个地区的人们具备了控制生育率的信息和选择方式，该地区的生育率就会呈现下降趋势。20世纪下半叶，世界某些地区的政府在提供避孕服务方面发挥了一定作用；一些国家在年轻人身上投入人力和资金，扩大就业机会和其他机遇，创建

了促使家庭规模缩小的经济和社会环境。为了减缓人口增长，一些政府采取强制或激进的措施来劝阻甚至禁止夫妇和个人生育过多子女。

1994年，179个国家政府通过了《国际人口与发展会议行动纲领》。各国政府承诺，要使人们能够对其性健康和生殖健康作出知情选择，并将此列为基本人权之一，支撑繁荣、公正和可持续的社会发展。他们一致认为，社会能否发展，取决于能否促进两性平等，能否消除对妇女的暴力行为以及能否确保妇女有能力管理她们的生育。最重要的是，各国政府一致认为，人口、经济和社会发展以及生殖权利等问题是不可分割、相辅相成的。

此外，各国政府一致认为，如果所有夫妇和个人能够负责任地决定生育数量、生育间隔和生育时间，也许就可以实现生殖权利。夫妇和个人必须不受任何形式的歧视、胁迫或暴力干预，决定是否怀孕、何时怀孕或怀孕间隔。

《2030年可持续发展议程》也反映了类似承诺：生殖健康和生殖权利是17项可持续发展目标之一中的关键内容，也是实现所有目标的必要组成部分。



© 贾科莫·皮罗齐 (Giacomo Pirozzi)

## 生育率的巨大差异

自 1994 年国际人口与发展会议以来，生殖健康和生殖权利在世界许多地区实现了稳步发展，人们对自己的生殖权利和选择权有了更多的了解，同时也能更加主张自己的权利。

国与国之间和各国内部在生育率方面的显著差异表明，虽然总体上取得了很大进展，但要实现生殖权利的普及，依然任重道远。

目前，按照生育率的高低可将大多数国家和地区分为四大类，每一类国家和地区都需要面对与人口趋势有关的政策问题，每一类都有部分群体的权利在某些方面或某种程度上受到限制，因而无法充分享有自由并负责任地决定生育子女数量的权利。

第一类国家和地区的生育率很高，与早前世界范围内的平均生育率最为接近。撒哈拉以南的非洲大部分地区和其他 6 个最近遭

受冲突或危机影响的国家，平均每名妇女的生育数量超过 4 胎。高生育率可能反映出这些国家和地区在人权方面存在一些不足。这些国家通常比较贫穷，人们获得卫生保健和教育的机会有限，根深蒂固的性别歧视损害了妇女的自主权。另外，这些国家很可能普遍存在早婚等容易引发早育的习俗。高生育率往往导致各国更加难以改善服务和实现发展，难以找到摆脱贫穷的途径。随着越来越多的年轻人涌入劳动力市场，他们逐渐发现，经济发展不够强劲会导致无法为每个人创造就业机会。

第二类国家的生育率先是大幅度下降，然后趋于稳定，在某些情况下又开始上升。这种现象可能是由于家庭计划方案中断以及冲突和经济危机等造成的后果。

第三类国家的生育率自 20 世纪 60 年代或 20 世纪 80 年代就开始稳步下降，并持续至今。这些国家大部分处于中等收入水平，只有少数国家较为贫穷或较为富有。



第三类国家大多实施了强有力的国家家庭计划方案,坚持不懈地努力实现生殖权利,即便在资源匮乏的地区也是如此。然而,农村和城市之间、较富裕和较贫穷群体之间的生育率差异可能会很大。拉丁美洲有许多国家的少女怀孕率很高。目前这些国家大多没有承受人口趋势变化带来的特别压力,但它们正在迅速进入老龄化阶段,面临未来劳动力减少、养老金和卫生保健相关的费用可能较为高昂的境况。

第四类国家的低生育率由来已久,主要包括亚洲、欧洲和北美较为发达的国家。这些国家的教育和收入水平较高,并在实现妇女权利方面取得了较大的进展,基本的生殖权利和其他权利大多已经实现。然而,他们无法负担提供优质育儿服务的高昂成本,可能造成工作和家庭生活难以平衡等问题,导致人们的实际生育数量少于他们的期望数值。

© 美川美穗 (Miho Aikawa) / 华盖创意



随着老年人群体的增长和劳动力的不断萎缩,短期内这些国家可能面临经济发展下行的境况。

## 阻碍权利实现的因素

纵观这四类国家的生育情况,阻碍人们实现自身权利、对家庭规划作出自我决定的根源具有一定的共通性,只不过这些根源的表现形式和严重程度各不相同。总体而言,体制环境、经济和社会因素能够赋予夫妇和个人一定的权利,帮助他们实现生育目标和愿望,但也可能起到相反的作用。在夫妇和个人能够充分享有权利的地区,生育率往往稳定在平均每名妇女生育2胎左右。在没有人口移徙的前提下,人们认为该生育率水平足以维持人口规模的稳定性。

阻碍人们自由和负责任地作出生育决定的体制性障碍,包括卫生保健服务不足导致避孕产品的使用 and 选择受到限制;此外,那些已经错过最佳生育期或是因其他原因无法怀孕的妇女很难获得辅助生殖技术的帮助。在某些情况下,低质量的医疗服务导致儿童死亡率居高不下,人们因此会选择生育更多子女,以弥补分娩或因疾病和营养不良导致的儿童夭折。

在一些国家,避孕仍然面临着法律障碍,例如限制未婚或低于一定年龄的群体获得避孕药具的机会。即使某些地区的法律允许未婚妇女或青少年获得避孕服务,有些服务提供者也可能对他们评头论足,拒绝发放避孕药具。

就教育体系而言,许多地方缺乏全面、优质的性教育,剥夺了青年人学习知识和技能的机会,阻碍了他们实现知情选择权。

经济障碍包括无法负担生殖健康服务，或要求妇女低薪长时间工作以致妇女无法组建家庭。

许多实现生殖权利的不可逾越的障碍源于性别歧视，这也是《国际人口与发展会议行动纲领》反复强调性别平等的原因。对许多妇女来说，从属地位意味着她们根本不知道或无法完全了解她们的权利，也不知道如何主张自身权利；这就意味着她们没有权力或自主地对怀孕说“是”或“否”。制度方

面的性别不平等可能表现为卫生保健服务不足，这可能导致妇女生育子女的数量多于或少于她们的实际期望。

社会中普遍存在的性别暴力进一步削弱了妇女自主权，并可能导致强迫怀孕的现象。此外，世界各地的妇女在抚养子女方面比男性承担了更多的无酬照护工作，这可能意味着妇女必须依赖男性维持家庭生计，放弃有偿工作的机会，甚至身心俱疲。

### 选择权利背后的调整

如今，世界上没有任何一个地方能够充分保障所有人实现自身生育目标的权利和生殖权利。有些地方存在的阻碍尤为严重，某些问题的解决难度很大。但无论如何，生殖权利的普遍性特征、各国对实现生殖权利的承诺以及生育率与发展之间的相互关系意味着我们必须消除仍然存在的阻碍，而我们若想实现《2030年可持续发展议程》，做到这一点尤为重要。

我们需要调整公共政策、服务和预算，使每个人和每一对夫妇都能实现包括规划家庭规模的权利在内的生殖权利。

具体的前进道路因国家而异，但有些途径适用于所有国家。首先是卫生系统，其运作应与生殖权利实现保持一致，并且需要提供优质的、人人可享有的生殖健康服务。生殖健康服务需要提供有效的避孕产品，并对男女两性进行充分教育，使其了解这些避孕方法以及知晓规划家庭规模对健康和其他福祉的影响。服务提供者应鼓励服务对象自己作决定，并尊重他们的决定，包括尊重青少年、未婚者、残障人士和其他社会规范不接受和受到歧视的人。



© 2012 梅根哈里森 (Meagan Harrison)，由 Photoshare 提供





© 2016 联合国人口基金/阿尔温德·佐达 (Arvind Jodha), 由 Photoshare 提供。

在各类生育率不同的国家中，某些群体的生殖权利尤其容易受到限制，他们或是来自农村，出身贫困，或是年轻人，或是其生活的社区不使用生殖健康服务人员所用的通用官方语言。在许多情况下，这些群体中避孕需求无法得到满足的比例最高，意外生育的比例也最高。把实现他们的权利当作一项重要的优先事项，应成为普及权利的起点。

最后，由于生育率会对各国社会、经济 and 体制因素产生影响，同时也会受到这些因素的影响，大多数国家需要通过采取相应政策，将增加体面就业、产假、可负担的住房、现有优质育儿服务和实现性别平等列为优先事项，帮助人们按照各自意愿生育子女。

今天，驱动生育率不断下降的因素是前所未有的生殖管理能力、知识和动机。人们在不断主张自身的权利，希望自己决定怀孕的次数和怀孕的时间间隔，因此出现了深刻的人口转变以及新的挑战。然而，各国政府和其他体制结构所做的工作尚不足以支持或提供信息促成这些决定，或没有对其产生的经济或体制影响制定充分规划。

大多数情况下，只需回答出一个基本问题就能知道还需要做哪些工作，这个问题也应该成为制定公共政策的核心，这个问题就是：不论性别，不论生活地点，不论收入，不论年龄，不论群体，人们能否按照自己的意愿决定生育子女的数量？如果答案是否定的，那么就说明人们的生殖权利依然受到限制，仍未实现普及生殖权利的承诺。



# 全球向小规模家庭发展的趋势

第一章

在过去的 150 年中，特别是自 20 世纪 60 年代以来，几乎每个国家的生育率都有所下降。过去，世界上所有国家的生育率都保持在每名妇女生育 5 胎或 5 胎以上，而如今，人口数在 100 万或以上的大多数国家的生育率为 2.5 或更低。





© UNFPA/Reza Sayah

全球生育率从高到低的转变始于 19 世纪的欧洲，之后蔓延到全球各地。到 20 世纪 30 年代初，许多国家的生育率下降至生育更替水平。生育更替水平即总和生育率为 2.1，这意味着当每名妇女在其育龄期间的平均生育次数达到 2.1 时，人口将保持不变。

世界上某些地区的生育转变是突然发生的。例如，在澳大利亚，1851 年至 1856 年之间出生的已婚妇女平均生育 8 胎。十年后出生的女性，即 1861 年至 1866 年之间出生的已婚妇女平均生育 4 胎。

千年以来，人类的生育率一直处于较高水平，是什么原因导致了生育率突然大幅下降？

许多因素促成了欧洲生育率的转变，包括工作模式的改变、经济的繁荣、更健康 and 营养的生活方式、新生儿和儿童更高的存活率以及更广泛的受教育机会，特别是妇女接受教育的机会。在几十年的时间里，家庭的规模缩小了。而这一转变发生在大多数人采用现代避孕方法之前，同时远在各地决策者和倡导者使用“生殖权利”这一词汇之前。

今天，生殖权利的概念，特别是个人决定是否怀孕、何时怀孕或怀孕间隔时间的权利，被数亿有权利和方法推迟或防止怀孕的

人视为理所当然。然而，时间并不久远，之前关于人口变化、人类生殖或妇女健康的政策和研究中还没有“权利”的相关词汇。各国处理这些问题的方式在第二次世界大战后开始发生巨大变化，50年前在德黑兰举行的联合国国际人权会议正式见证了这一转变。出席该会议的代表宣称，“父母享有自由、负责任地决定其子女数量及其出生间隔之基本人权”。

从1974年的《世界人口行动计划》到1979年的《消除对妇女一切形式歧视公约》，至少有20项其他国际公约或协议明确表示或含蓄地承认家庭计划的权利。







© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

在 1994 年的国际人口与发展会议上，179 个国家政府就个人生殖权利达成了全球共识，他们一致认为，人口与发展有着不可分割的联系，赋权妇女和满足人们对教育和包括生殖健康在内的健康的需求，对于个人进步和均衡发展是必要的（联合国人口基金，2012 年）。促进两性平等、消除对妇女的暴力行为和确保妇女有能力控制自己的生育行为，被认为是各国人口与发展政策的基石。

生殖权利的概念往往被认为是能够通过避孕或其他手段直接控制怀孕和生育的能力（Starrs 等人，2018 年）。但这一定义未能对驱使个人决定生育一个、多个或不生育子女的各种因素进行全面描述。

对生殖权利更广泛的定义涵盖了社会、经济和体制环境以及支持夫妇和个人实现其生殖目标和愿望的因素等。这方面的例子譬如：建立相关制度和结构使妇女在决定生育子女时能够继续参与有偿劳动，以及执行相关法律禁止童婚。

个人能够行使其生殖权利的程度，对个人和社会层面的生育率有着一定的影响。上世纪如此，如今也是如此：尽管这里所界定的生殖权利概念在当时还没有出现，但人们仍然渴望这些权利，并努力设法就怀孕的时间和间隔以及家庭规模做出自己的决定。



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

## 有意识的自我选择

从传统的人口转变理论，到经济学驱动的理论，对欧洲以及后来其他地区生育转变的解释，不一而足。根据人口转变理论，生育率下降是对社会生活变化做出的反应，而社会生活的变化是伴随着工业化和城市化而来的，也是由工业化和城市化引起的。经济学驱动的理论则将生育率下降部分归因于生育子女成本与其他商品成本对比产生的相对成本（Mason，1997年）。

不论如何解释，从高生育率到低生育率的变化代表着夫妇的生育行为随着时间的推移而发生了根本性的变化，这种变化对夫妇本身和社会都有重要的影响。当这种变化持续发生并被广泛接受时，它反映的是社会规范的根本转变，而不仅仅是对经济或社会环境变化作出的短期回应。

根据人口统计学家 Ansley Coale 的说法，生育率只有满足三个条件时才会开始持续下降（Coale，1973年）。首先，个人必须认为生育是他们生活中一个可以通过自己的行动来控制或影响的部分。虽然这在今天看起来相对容易，但“有意识的自我选择的领域”中能包括生育概念标志着个人和夫妇看待自己、家庭和生活选择的方式发生了革命性的变化。第二，个人必须认为少生子女是有利的，从而产生了采取行动“控制生育”或者少生子女的动机。第三，必须有可靠的避孕方式，并且能够获得使用这些避孕方式的知识。

虽然这三个条件必须同时存在，才能使生育率持续下降，但最根本的是要把握这样一个概念，即实现一个人的理想生育子女数量，并且其有明确动机去实现这个数量才是最关键的。没有这些，避孕方法最多只能对生育产生有限的影响。当满足这两个先决条



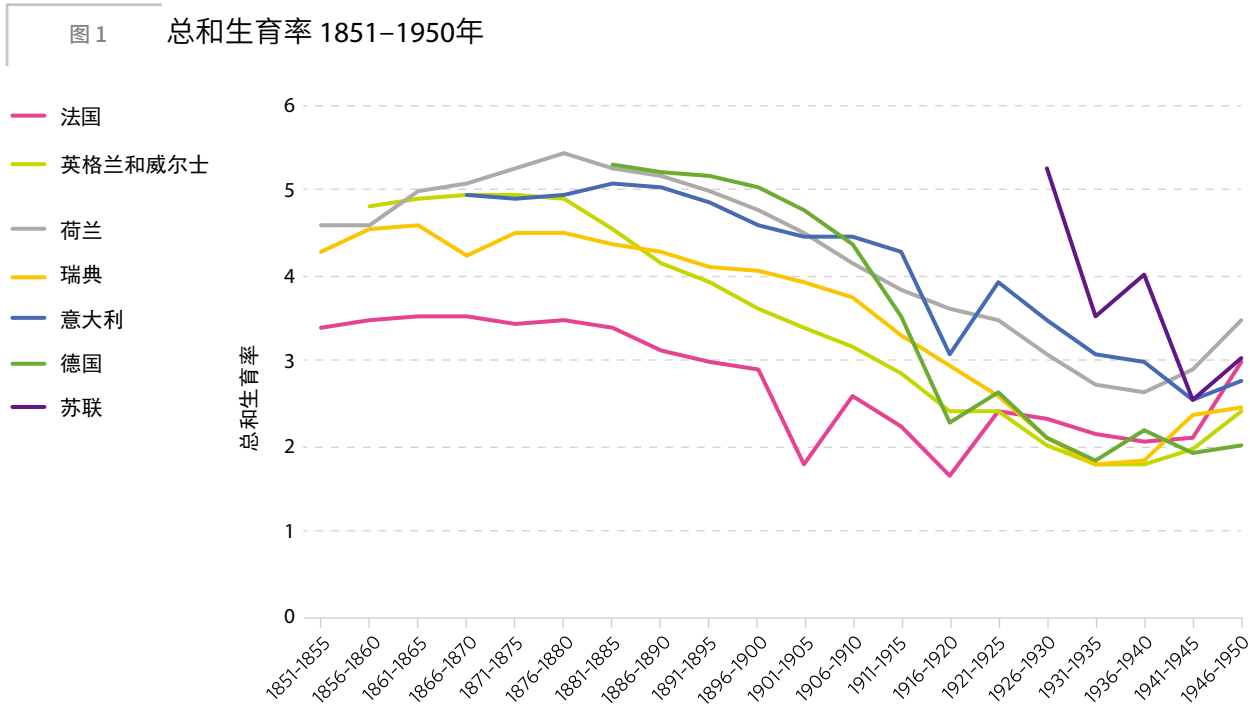
件时，避孕可以为个人和夫妇提供一条明确的途径，使他们能够根据自己的动机采取行动，并可以发挥核心作用，帮助夫妇和个人实现其能够自由且负责地决定是否生育、何时生育或生育间隔的权利。如今，据估计约有 8.85 亿妇女想要避孕。其中约四分之三的妇女能够使用现代避孕方法，而约四分之一，即 2.14 亿妇女，她们的避孕需求仍未得到满足（Guttmacher 研究所，2017 年）。

**生育率转变的开始：有志者事竟成**

人们普遍认为，全球从高生育率到低生育率的转变开始于 19 世纪下半叶，首先是在法国，然后是讲英语的国家和一些北欧国家（图 1）。在这一时期，向低生育率转变的夫妇一定对少生子女有强烈的动因，因为尽

管有强大的体制力量支持生育，但他们仍然取得了成功。因此，这一时期的避孕可以说是“有志者事竟成”。夫妇们为此采取了一系列的方法。在 19 世纪下半叶生育率已经出现下降的国家，尽管商店里出售硫化橡胶避孕套和宫颈帽，许多夫妇仍依靠体外射精或禁欲来避免或推迟怀孕。

新型的避孕方式使人们更有能力控制其家庭规模，但普通人可能负担不起相应的费用（Coale, 1973）。因此，有些人依赖廉价和自制的方法避孕，如海绵和奎宁。在社会层面，初婚年龄的提高，特别是结合社会对婚前性行为强烈反对的态度导致了生育推迟，生育后定期禁欲也导致了生育的推迟。还有证据表明，一些怀孕的妇女选择流产（McDonald 和 Moyle, 2018）。



资料来源: Chesnais (1992年)

20 世纪初，激发英国人以及后来的澳大利亚人少生子女的一个重要原因是，年轻人经济追求的增长速度比他们追求实现的速度更快；在这样的环境下，许多人负担不起大规模家庭的费用（Seccombe, 1993 年；Moyle, 2015 年；McDonald 和 Moyle, 2018 年）。

许多妇女少生子女的另一个动因是希望减轻连续怀孕的负担和降低每次怀孕所带来的风险。不仅是产妇死亡的风险可能使妇女不愿生育多个子女，男性预期寿命相对较短也促使人们倾向于选择小规模家庭——育有多个子女的女性丧偶后往往面临经济困难，不太可能再婚（Moyle, 2015 年）。

婴儿和儿童死亡数量的下降可能是导致更多人选择小规模家庭的另一个动因，尽管还没有研究能最终证明两者间存在联系（Van de Walle, 1986 年；Guinnane, 2011 年）。

19 世纪下半叶，伴随着免费义务教育范围的扩大，欧洲的生育率发生转变。随着免费义务教育的推广，女童入学人数增加，女教师成为榜样的现象十分普遍（Caldwell, 1980 年；McDonald 和 Moyle, 2018 年）。即使在今天，女性受教育程度越高，生育率也就越低。

女童接受教育有助于提高妇女在社会和家庭中的地位，同时为女童和妇女提供了更多的自主权和决策权，包括对家庭预算的控制权。而且，由于妇女掌管开支，她们清楚地了解多生育一个子女需要花费更多费用。对这些成本的认识可能促成了她们减少生育子女的愿望（McDonald 和 Moyle, 2018）。

全民接受教育使人们能够接触到思想和知识，包括人类生殖方面的知识，从而使他们能够自己作决定，而不仅仅是依靠宗教院和其他机构来指导他们的行为。

与此同时，经济变化为发展创造了机遇，为更多的中产阶级铺平了道路。一些新的白领职业出现。抓住这些新机会的愿望促使许多人倾向于建立小规模的家庭；子女过多使人们难以适应新的经济格局并从中受益（Banks, 1954 年；Seccombe, 1993 年；Moyle, 2015 年）。

此外，父母们开始看到子女的另一种未来，因为预计教育将释放经济变革带来的更多机遇，童工现象也在减少。父母们更愿意少生育子女并确保他们过上更好生活，而不是把有限资源分散到多个子女身上（Becker 和 Lewis, 1973 年；Caldwell, 1976 年）。

欧洲社会正变得更加世俗化，导致宗教机构在决定避孕和生育方面的影响力下降，个人在确定家庭规模方面的选择余地更大（Lesthaegh 和 Wilson, 1986 年）。澳大利亚也发生了类似的转变。

此外，城市化可能也促使了人们对怀孕时间和怀孕间隔做出自己的决定——一般而言，城市生育率下降的速度比城镇或农村地区更快（Moyle, 2015 年）。当人们离开小地方前往城市地区生活后，他们往往会将亲戚希望他们有一个大家庭的社会压力抛之脑后。然而，有一些证据表明，在西欧和北欧国家，离开大家庭独自生活对生育率的影响很小或没有影响：甚至在生育转变之前核心家庭就已经很普遍了（Hajnal, 1965 年）。



知识是小规模家庭的重要先决条件（Coale, 1973 年）。在 19 世纪，新的通讯方式的出现以及现有通讯方式的普及，使思想在社会各阶层迅速传播，引起了人们对少生子女的关注（Lesthaehe, 1977 年；Knodel 和 Van de Walle, 1986 年；Cleland 和 Wilson, 1987 年）。

当时文化水平的提高刺激了报纸、杂志和小册子的阅读量。澳大利亚有文献记载了媒体对生育率的影响（Moyle, 2015 年）。在澳大利亚、英国和美国，介绍避孕方法的小册子广为流传。一些小册子的出版商遭到了起诉，但报纸关于这些起诉的报道实际上有助于向更多人传播避孕知识（McDonald 和 Moyle, 2018 年）。

一些非正式交流也发挥了重要作用。例如，在澳大利亚，有关避孕的信息往往会通过妇女个人之间或通过妇女团体的聚会来分享。19 世纪 90 年代，墨尔本的大型礼堂里也会举办只有女性可以参加的关于避孕方法的讲座（McDonald 和 Moyle, 2018）。

## 亚洲的生育率转变

亚洲的生育率转变始于 20 世纪 50 年代。与 19 世纪欧洲发生的违背政府和机构意愿的转变不同，亚洲的转变是由政府鼓励限制家庭规模而促成的。

一些亚洲国家政府提倡家庭计划，因为他们认为，夫妇少生子女可以促进经济增长（McDonald, 2018 年）。理由是随着时间的推移，出生人数的减少将导致劳动适龄人口的比例更大，而 18 岁以下的人口比例更小（Coale 和 Hoover, 1958 年）。根据这一理



© Giacomo Pirozzi

论，子女们被视为一个国家资本的净消费者。工作年龄的人被视为净生产者。没有数量庞大的儿童需要抚养，国家可以将更多的资源用于资本投资，而这种投资将刺激劳动适龄人口的生产性就业。更多的生产性就业将有助于减轻家庭的经济负担，使他们能够在每个子女的教育上花更多的钱。生育率转变与经济增长之间的这种联系后来被称为“人口红利”（Lee 和 Mason, 2006 年）。

亚洲的生育率转变促成了 20 世纪八九十年代该地区的“经济奇迹”（Bloom 和 Williamson, 1998 年）。然而，这一奇迹的发生还取决于各国的社会和经济政策以及政治体制，这些政策和体制使这些国家能够实现因生育率转变而产生的经济增长潜力（图 2）。

例如，大韩民国和新加坡在生育率迅速下降的过程中，加大了对女童教育的投入，并采取了相应的措施提高女性劳动参与率。此外，这些国家的城市化率的提高也促使生育率下降。

一部分政府主导的家庭计划项目强调生育大量子女会给家庭带来经济负担，以及生育较少子女对母亲和婴儿健康的好处。这些运动主要以女性为实施对象。

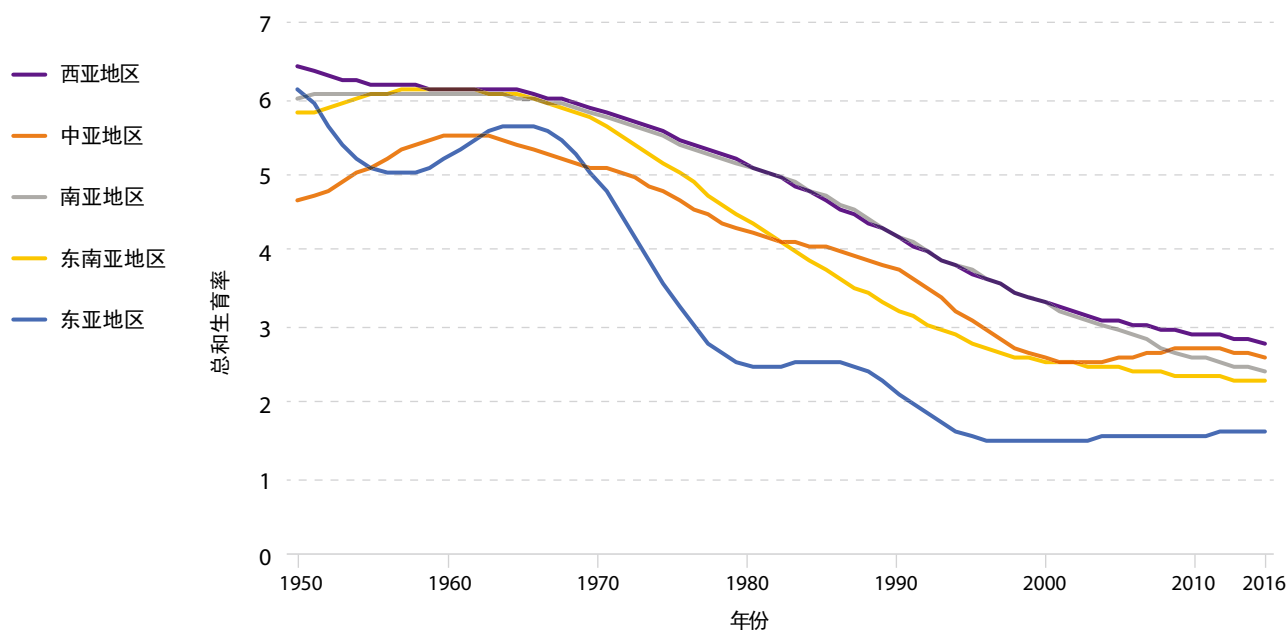
人们迅速认可家庭计划和随之而来的生育率迅速下降表明，人们对小规模家庭有很强的潜在需求或动因。少生子女的动因包括对拥有大家庭的成本的担心，以及对改善孕产妇和儿童健康的兴趣。

在缅甸等国家，减少生育这一潜在需求是显而易见的。即使没有政府主导的家庭计划活动，这些国家的生育率仍然在下降。在那里，人们依靠邻国泰国和孟加拉国的避孕药具来限制家庭规模。

在 20 世纪七八十年代的孟加拉国和印度尼西亚，即使是贫穷的农村地区，生育率也在下降，因为更多的妇女通过政府支持的宣传运动和家庭计划服务获得了现代避孕方法。在这些地区，家庭计划可能有助于妇女赋权和自主。例如，一些妇女被允许在没有男性亲属陪同的情况下，前往当地家庭计划服务站（Simmons, 1996 年）。

在 20 世纪七八十年代，一些国家制定了激进的家庭计划方案，包含对实现避孕目标用户的奖励和未能实现避孕目标用户的惩罚，或者对最贫穷家庭男女的强制绝育。其最重要目标是降低人口的快速增长，控制子女数量，而不是坚持生殖权利。（Hull, 1991 年；Harkavy 和 Roy, 2007 年；Abbasi-Shavazi 等

图 2 总和生育率，亚洲地区，1950–2016年



资料来源: 联合国 (2017年)



人，2009年；Hayes，2018年）。伊朗等其他国家采取了更审慎的做法，制定了旨在保障个人自由决定是否生育、何时生育和生育间隔的方案，同时降低了总体人口增长。信息、教育和宣传活动往往提倡夫妇们追求两个子女的家庭规模。这类家庭被视为规模小，健康且富足的家庭，是鼓励夫妇们努力的方向。

该地区其他一些国家要求夫妇最多生育两个子女，尽管这些国家支持1979年《消除对妇女一切形式歧视公约》。《公约》第16条呼吁各国保护妇女“自由且负责地决定生育子女人数和生育间隔”的权利。

## 拉丁美洲的生育率转变

拉丁美洲真正意义上的生育率下降始于20世纪60年代，尽管阿根廷和乌拉圭的生育率可能下降得更早。巴西、哥斯达黎加、智利、哥伦比亚、多米尼加共和国和委内瑞拉的生育率都是从20世纪60年代开始出现快速下降的，其他国家的下降速度起初较慢，后来开始加快。

与亚洲不同的是，大多数拉丁美洲国家政府在20世纪60年代没有过多关注人口增长，尽管到20世纪60年代末，该地区大多数国家制定了国家家庭计划方案。然而，显而易见的是，在避孕方法开始广泛普及后，人们的生育偏好已经发生了变化。因此，在拉丁美洲，避孕措施是生育率下降的助推器，而不是主要驱动力（Mundigo，1992年）。

20世纪六七十年代的调查数据表明，妇女理想的家庭规模比目前的生育率低一至两个子女（拉丁美洲人口中心和基督教家庭服务中心，1972年；联合国，1987年）。因此，

拉丁美洲妇女和夫妇们一旦获得避孕药具便立即使用，导致整个地区的生育率迅速下降。

拉丁美洲地区生育率下降的原因与欧洲和亚洲大致相同。在生育率下降之前，该地区的婴儿和产妇死亡率迅速下降，减少了生育多个子女的动因，增加了父母能看到自己的子女长大成人的信心。

经济的迅速变化促进和加强了围绕生育的持续变化和社会规范；如电气化和城市化的快速发展等因素发挥了重要作用（Potter等人，2002年）。该地区制造业、消费经济的出现激励了正规教育，为妇女获得有偿劳动提供了机会，并加快了城市化进程，这些因素共同导致了夫妇生育较少子女情况的出现。

总的来说，整个地区的生育率是对经济变化做出的反应。例如，在20世纪80年代经济危机期间，生育率明显下降（Guzman，1998年）。与此同时，拉丁美洲妇女的社会地位有了显著提高，赋予她们对生活的各个方面，包括生育，更大的影响力，从而促使人们对家庭计划拥有更多需求。

## 如今的全球生育率

如今，所有国家的生育率都低于50年前，但刚果民主共和国除外。在全球范围内，现在的生育率比20世纪60年代中期低50%左右。全球生育率预计还将下降，预计到2050年，没有哪个国家的生育率能达到平均每名妇女生育五胎以上（联合国，2017年）。在国家和地区范围内，生育率还将继续因收入水平、居住地（农村或城市）和年龄组等变量而有所不同（图3）。

在 19 世纪生育转变开始之前，因应整个人类历史上普遍存在的儿童高死亡率，生育率水平几乎普遍较高。虽然在西欧和北欧国家以及后来讲英语的殖民地生育率迅速下降，但世界其他地区的生育率出现下降的时间因各种原因而有所不同，这些原因包括不同的社会变化和经济变化的速度、婴儿死亡率出现下降的时间以及获取避孕药具的容易程度。

如今，在人口超过 100 万的国家中，有 43 个国家的生育率为平均每名妇女生育 4 胎或 4 胎以上，30 个国家的生育率正在下降但仍在 2.5 胎至 3.9 胎之间，33 个国家的生育率最近已降至生育更替水平附近，53 个国家的生育率多年来一直处于生育更替水平或生育更替水平以下。

在人类历史上，不同国家之间的生育率从未出现过如此大的差异（图 4）。

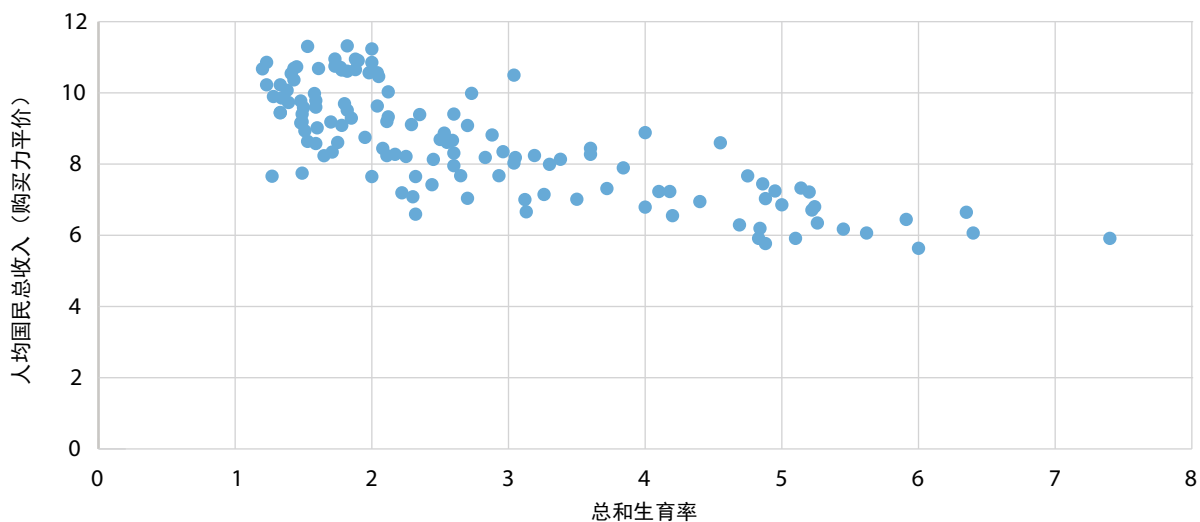
每个水平的生育率都有一套自己的驱动因素，同时面临着相应的挑战，对各国的社会、经济和体制都有一定影响。

### 高生育率的影响

高生育率导致人口增长率高，15 岁或 15 岁以下的人口比例过高。

例如，尼日尔是生育率最高的国家，人口年增长率为 3.84%。大约每两个人中就有一人年龄在 15 岁以下。按照目前的增长率计算，每 18 年其总人口数和 15 岁以下的儿童人数就会增加一倍。即使未来生育率下降，当前和过去的高生育率也为未来的人口增长提供了动力，因为有相当数量的 15 岁以下的人口将进入生育年龄（联合国，2015 年）。

图 3 人均国民总收入和总和生育率之间的关联，2017 年







© Giacomo Pirozzi

生育率高的国家通常面临着为儿童提供教育、为所有人提供医疗保健以及为青年人提供就业机会方面的挑战。农村地区工作机会的匮乏会促使许多年轻人迁移到就业机会已经缺乏的城市。生育率为4胎或更高的国家，预计其城市人口在今后几年将迅速增长（联合国，2015年b）。

## 低生育率的影响

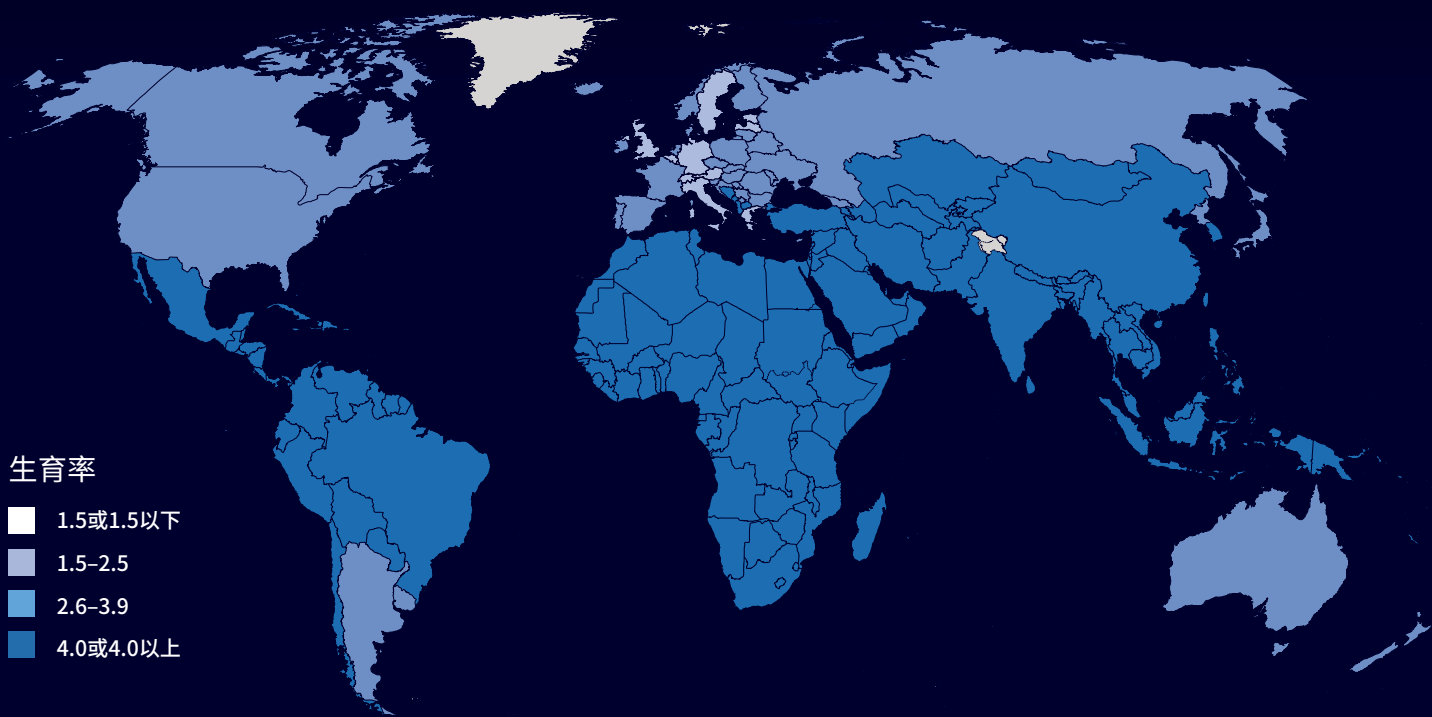
在人口超过100万的国家中，有22个国家的生育率低于每名妇女生育1.5胎的水平。在没有移民的情况下，这一生育率低于维持目前人口规模所需的水平。在这些国家，老年人在人口中占很大比例，各国政府可能面临着为社会保障制度提供充足资金、调整医疗保健服务等方向的挑战，以适应这一不断变化的人口形势。

低生育率还意味着最终进入劳动力队伍的人口数量减少，这引起了人们对经济增长前景的担忧。在日本、大韩民国和新加坡等国，年轻人在劳动力中所占的比例不断减少，这也意味着新技术的开发者和适配者越来越少。年轻技术工人短缺的国家可能会发现他们在经济上处于相对不利的地位。

## 政府的回应

一个国家的生育率，无论是过高还是过低，往往都被认为是不可取的，各国政府已经实施相关政策来应对这些趋势。生育率为每名妇女生育4胎或4胎以上的大多数国家都表示想要降低人口增长率，而生育率为1.5或1.5以下的所有国家几乎都希望提高生育率（图5）。其中一些国家，特别是东欧国家，正在制定“人口安全”方案，以解决低生育率的问题。生育率在1.5至2.5之间的国家一般对其人口增长率感到满意。

## 1950年生育



### 个人的意愿

纵观世界各地，许多夫妇和个人拥有理想的子女数。但许多人未能拥有理想数量的子女——不是过多就是过少。

导致理想家庭人数与实际家庭人数之间存在差异的原因有许多。在某些情况下，这种差异可以简单地归因于这样一个事实，即人们可能随着时间的推移而改变他们的想法。一个 20 岁左右的女性认为的理想子女数，与她在 30 岁时候的看法可能会有很大的不同。在其他情况下，这种差异可能是由于不孕造成的。在另一些情况下，人们可能缺乏可以

达到自己生育目标的方法。例如，在生育率较高的发展中国家，许多妇女生育的子女比她们想要的多，因为她们获得首选避孕方法的机会有限，因此导致了非意愿怀孕的发生。在发展中国家，每年有 8900 万次非意愿怀孕发生。约有 43% 的怀孕是计划外怀孕。

相比之下，在高收入、低生育率的发达国家，实际生育率往往低于理想家庭的平均规模，有时是因为妇女面临着兼顾事业和生育子女的困难，缺乏能够负担得起的育儿服务，或者与男性相比，她们为家务劳动花费的时间更长。由于这些国家的人通常晚婚，妇女可能不易怀孕，而辅助生殖技术，如体外受



# 2015年生育

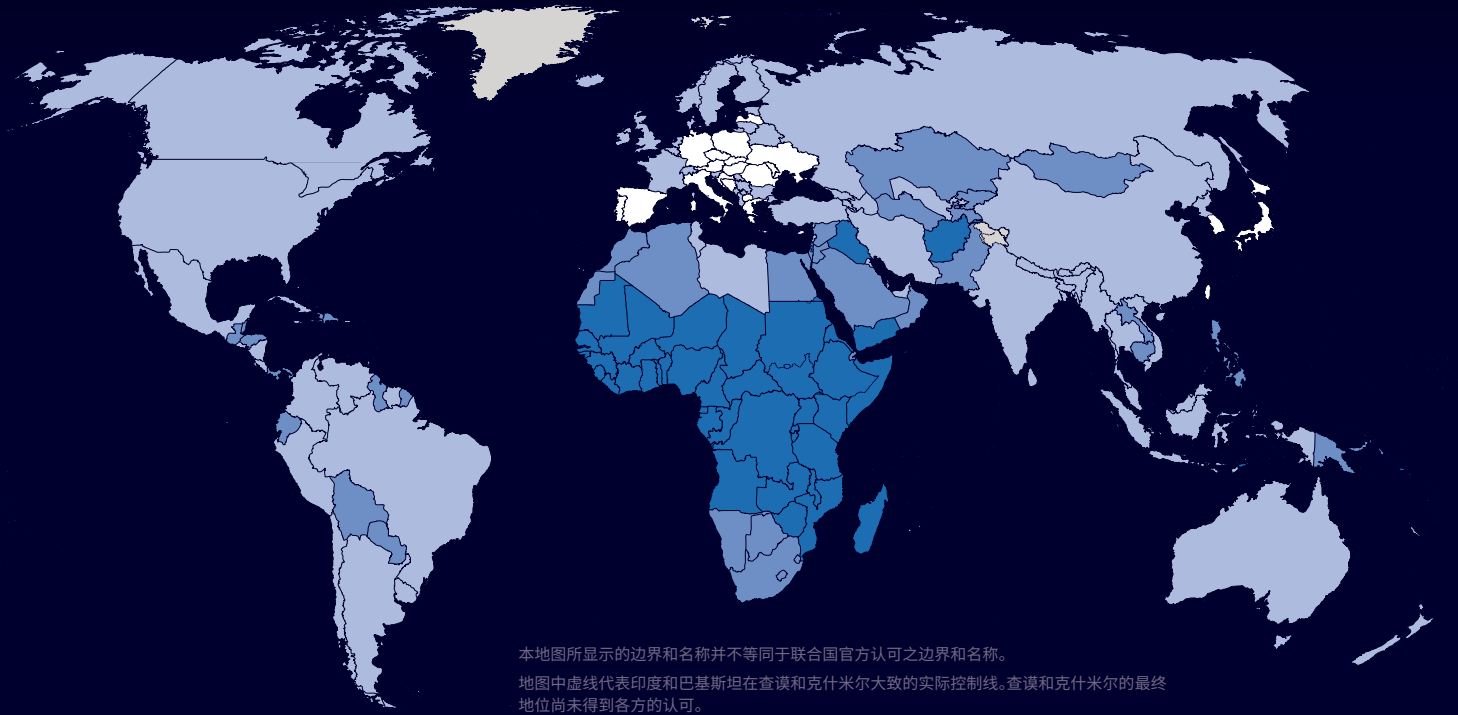
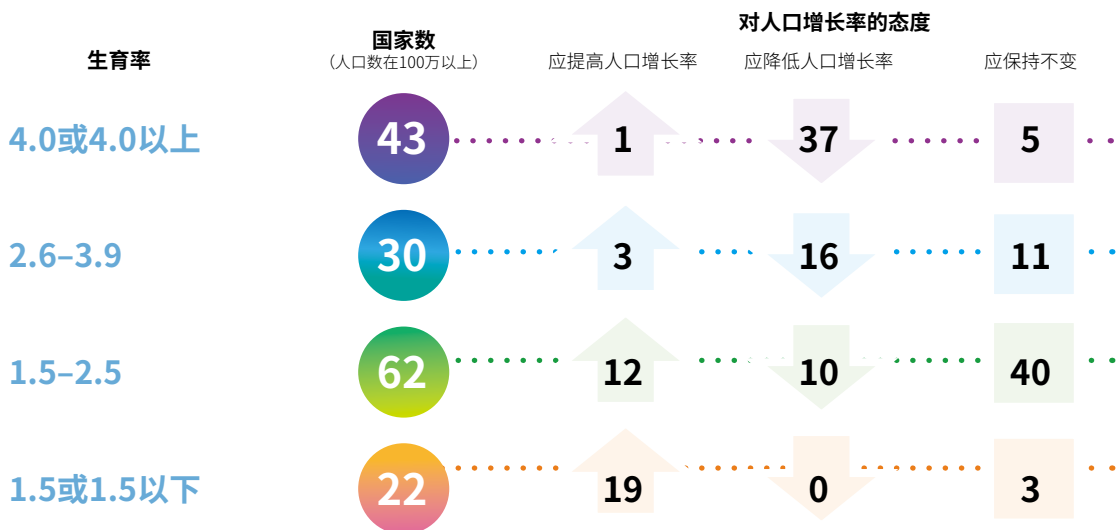


图5 政府对按生育率分列的人口增长率的看法，2010-2014年



资料来源:联合国(2015a);联合国(2017)

精，可能不是每个家庭都能够获得或者负担得起的。多年来，许多欧洲和东亚国家的家庭规模一直比预期的要小，现在美国也出现了这种情况（Harknett 和 Hartnett，2014 年；Gietel-Basten，2018 年；Stone，2018）。

这些差异表明，世界上没有一个地方完全实现了人人享有生殖权利的目标，在世界的各个地区，个人与其偏好的家庭规模之间存在着不同程度的经济、社会、体制和其他方面的障碍。

理想情况下，政府对高生育率或低生育率的偏好与个人对家庭规模的偏好是一致的。例如，在一个夫妇希望少生子女的国家，政府可能有支持他们这样去做的政策和服务。这类政策包括增加获得各种现代避孕方法的途径。

在一个夫妇想要更多子女但出于经济原因却不要更多子女的国家，政府可能会提供更多家庭能够负担得起的，甚至免费的育儿服务。

各国政府可以通过加强个人权利和增加人们实现其家庭规模目标的措施来实现其降低或提高生育率的目标。数十年的研究表明，当高生育率国家的妇女有能力和方法做出自己的选择时，她们会选择小规模家庭。

对是否怀孕和家庭规模做出基本决定的能力远远不止取决于避孕措施。这还取决于在多大程度上实现了两性平等；取决于经济水平、地理环境、教育水平以及受教育权、安全权和言论自由权的实现情况。



同样，在低生育率国家，政府可以直接采取措施帮助个人生育更多的子女，比如，为不孕不育的人提供免费或低成本的治疗，或者采取相应的措施使夫妇或个人能够克服经济障碍组建家庭或扩大家庭规模。

通过在整个生命周期采取行动，尊重和加强包括生殖权利在内的各项权利，各国政府可以解决人口问题，同时使更多的人能够实现自己的目标。

### 加强个人权利，实现国家目标

个人享有和行使生殖权利的程度对生育率有直接影响。在生殖权利被剥夺的国家，生育率通常很高。而在生殖权利得到维护的国家，生育率普遍较低。

在权利得到维护但经济和其他障碍阻碍人们充分享有生殖权利的国家，生育率可能过低以至于无法维持稳定的人口数量。

每一水平的生育率都有其相应的与个人、社区和政府有关的挑战。高生育率可能导致极端贫穷、孕产妇和儿童高死亡率、人力资本减少，以及提供教育和医疗保健等服务的机构压力增大等问题。

低生育率与人口老龄化相关联，同时又引发人们对社会保障和社会安全网的基础不断缩小以及对未来经济增长前景的担忧。

1950年以前，人口学家曾预测，随着儿童死亡率的下降，所有国家的生育率都将降至生育更替水平附近（Notestein，1945年）。但68年后的今天，这一普遍下降的趋势尚未完全实现。现实情况是，许多儿童死亡率较低国家的生育率仍然很高，另外有越来越多的国家的生育率远低于生育更替水平。

在其他条件相同的情况下，生育率的发展趋势很可能会遵循同样的道路。要改变这条道路，就必须采取行动，加强权利，消除一切阻碍人们实现其生育愿望尚存的障碍。





# 家庭人口多 产生的影响

第二章

在当今世界，有 43 个国家和地区的妇女平均生育数量为 4 胎或 4 胎以上，其中 38 个位于非洲。除非洲以外，在阿富汗、伊拉克、巴勒斯坦、东帝汶和也门，妇女的人均生育数量也为 4 胎或 4 胎以上。需要注意的是，在过去的几十年中，它们都经历过冲突或危机（图 6）。



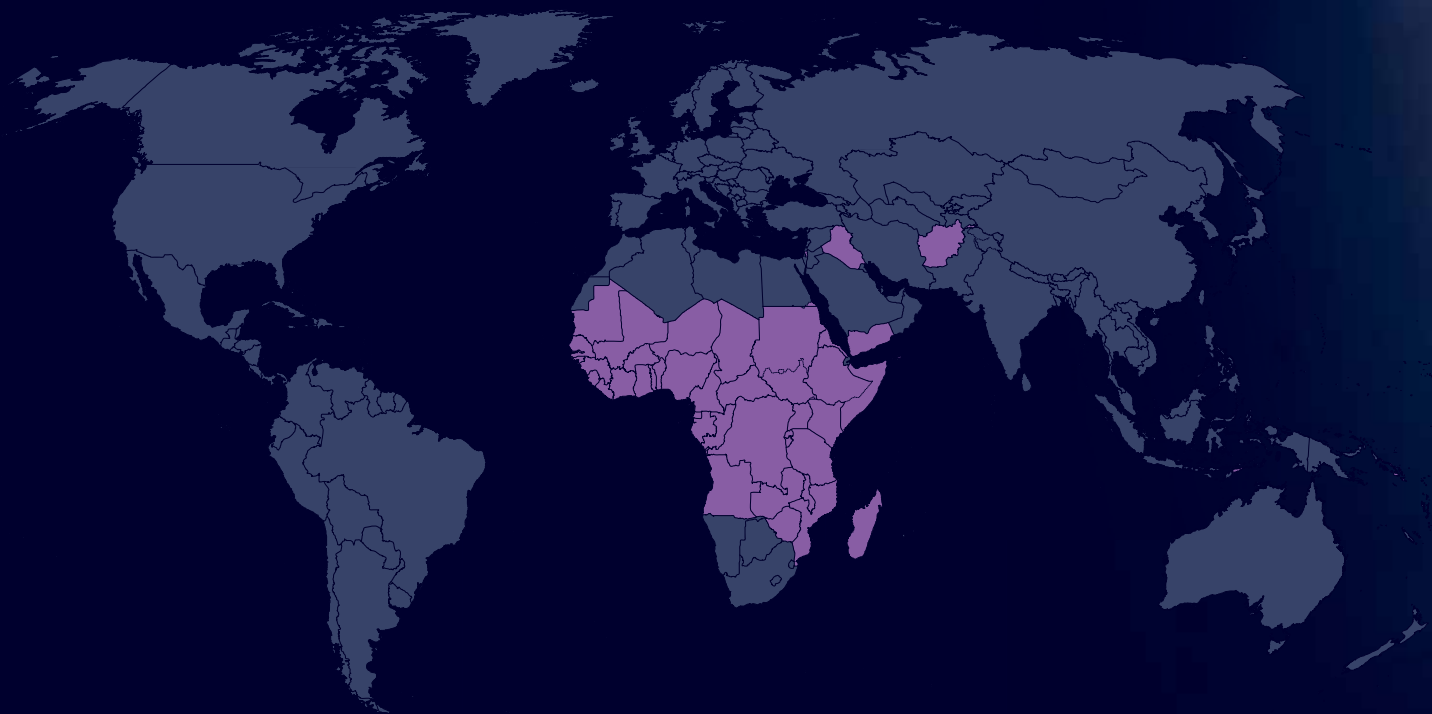


©马克·塔斯曼Mark Tuschman

虽然撒哈拉以南非洲地区的生育率正在发生变化,但其转变速度远远慢于其他地区。在过去的 50 年中,该地区的整体生育率略有下降,其中某些地区的生育率显著下降。但自那时起,一些国家的生育率一直保持不变。

生育率变化缓慢,又难以预测,因此自 2002 年以来,联合国不得不反复修改该区域大多数国家的人口预测数据(卡斯特林(Casterline, 2017))。

## 生育率 每名妇女生育 **4胎** 以上



由于撒哈拉以南非洲地区的生育率居高不下，预计从现在到 2050 年，此地区的人口增长将占到世界预期人口增长数的一半以上，即全球将增加 22 亿人口，而其中的 13 亿人口来自非洲。如果预测准确，到 2050 年，非洲人口在世界人口中的比例将从 2017 年的 17% 增长到 26%。

生育率居高不下，意味着在未来几年中年轻人的数量将会增加，该地区各国更加难以向所有人提供优质教育和医疗保健服务，也难以向这么多年轻人提供足够的就业机会。

夫妇或个人行使生殖权利的程度将会决定未来几年中该地区的生育率是居高不下还是有所下降，因此，政府保障生殖权利的举措将会影响该国家的社会 and 经济发展。





©马德·尼森(Mads Nissen) /政策/帕诺斯(Panos)图片

## 趋势和影响

在 20 世纪 50 年代，非洲妇女的人均生育数量为 6 胎或 6 胎以上。20 世纪 60 年代，非洲南部和北部地区的生育率开始下降，在 2015 年分别达到 2.6 和 3.2。同时，撒哈拉以南非洲地区的生育率在 20 世纪 60 年代开始上升，70 年代持续增长。非洲东部和西部地区的生育转变始于 20 世纪 80 年代，而非洲

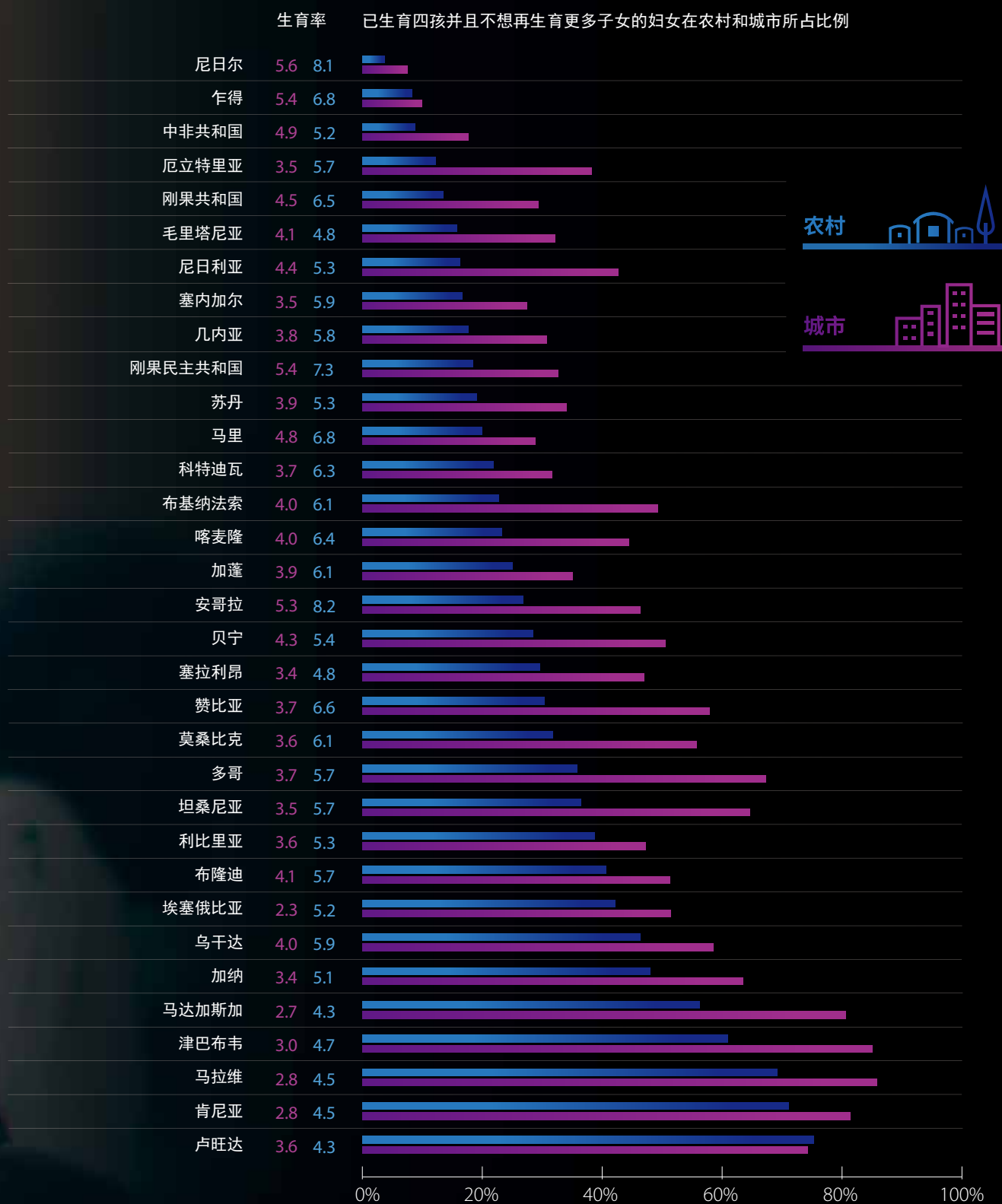
中部的转变始于 20 世纪 90 年代中期。如今，在撒哈拉以南非洲地区，平均每名妇女的生育率约为 5.1。

纵观整个非洲地区，城市的生育率明显低于农村地区（图 7）。例如，在埃塞俄比亚，城市地区的总生育率接近更替水平，而在该国其他地区，妇女的人均生育率仍高于 5。

除了五个  
东非国家，  
其他非洲国家中  
只有不到一半的妇女  
不想生育更多的  
子女。



图 7



资料来源: ICF





©联合国人口基金/北边/本尼迪克特·库尔森Bénédicte Kurzen

城市化是生育率下降的主要驱动力，随着撒哈拉以南非洲城市化程度的提高，其整体生育率预计将下降。

在死亡率和移民率均不高的情况下，生育率过高意味着人口增长加快，这会给政府带来诸多挑战，因为政府只能勉强满足现有人口的教育和卫生服务需求并维持经济发展。人口的快速增长可能妨碍可持续发展目标的实现。例如，一些国家可能无法实现目标1（到2030年消除贫困）、目标3（实现良好健康和福祉），以及其他与可持续城市和人人都享有体面工作有关的目标（赫尔曼（Herrmann），2015）。

由于生育率下降，撒哈拉以南非洲地区人口的年龄结构发生了变化，年轻人所占比例较大。虽然这为得到“人口红利”积聚了潜在力量，但劳动适龄青年数量众多，这意味着对就业机会的需求将不断增加。目前撒哈拉以南非洲地区的失业率约为11%，而青年失业率则高得多（国际劳工组织，2016）。例如，在南非，大约一半劳动适龄青年处于失业状态。此外，一些贫穷国家不提供失业津贴或仅提供低廉的失业津贴，因此就业不足的挑战就更为严重。这意味着每个人都在努力工作以维持生计，但很少有人能够从事报酬丰厚的工作，而且，尽管人们都在工作，但是大多数人生活依然十分贫困。



©贾科莫·皮罗齐Giacomo Pirozzi

整个社会失业率高居不下，人们没有机会从事高质量工作，即使工作也有很高的贫困风险，种种原因使得年轻人决定永远移民海外。据估计，如今在撒哈拉以南非洲地区，38%的年轻人有移民倾向（国际劳工组织，2016）。

### 促使生育率升高的原因

经历了一个世纪的殖民统治后，撒哈拉以南非洲地区形成了其独特的人口发展轨迹。

目前撒哈拉以南  
非洲地区的失业率  
约为 11%，  
而青年失业率  
往往要高得多。



殖民过程带来了疾病、冲突和其他不良因素，进一步提升了此地区的高死亡率（考德威尔 (Caldwell), 1985; 道森 (Dawson), 1987; 图森 (Turshen), 1987; 戈克里 - 维德罗维奇 (Coquery-Vidrovitch), 1988), 只有提高生育率, 才能抵消高死亡率, 才能满足生产系统的巨大劳动力需求。一方面, 生产系统必须满足欧洲国家的需求, 另一方面还要继续生产主食 (科德尔 (Cordell) 等, 1987)。

针对高生育率的双重驱动因素, 社区制定了规范、措施, 构建了社会架构, 将生育和儿童生存放在首位 (梅拉索克斯 (Meillassoux), 1977; 佩奇 (Page) 和莱斯塔格 (Lesthaeghe), 1981; 考德威尔 (Caldwell), 1982, 1985; 考德威尔 (Caldwell) 和考德威尔, 1987)。

在殖民时期的非洲, “成功繁殖”往往意味着个人和夫妇在是否生育、何时生育、生育间隔等问题上没有任何自主权。婚姻主要是家庭之间的合约, 而不是个人之间的合约, 这种合约纵容童婚、一夫多妻和寡妇内嫁, 以最大限度地利用妇女一生的生殖潜能。

配偶之间巨大的年龄差距, 使得性别规范更加不公平, 男性在生育和几乎其他所有事情方面都比女性拥有更大的话语权。在这种情况下, 女性的地位在很大程度上取决于她的生育能力以及子女的数量和年龄。

虽然经济形势和社会情况发生了变化, 如今这些规范仍然适用。

如今, 撒哈拉以南非洲地区的生育率依然很高, 一方面是因为对子女的渴望, 另一方面是因为个人缺乏避孕工具, 因此无法控制子女的数量 (卡斯特林 (Casterline) 和阿吉耶门萨 (Agyei-Mensah), 2017)。具体而言, 避孕需求很高却无法得到满足。



聚焦尼日尔

**“我希望好好规划  
未来。”**

**19岁的哈西亚 (Hassia)**





# 尼日尔的 生活技能项目 使女孩能够自己做主

©联合国人口基金UNFPA /利维尔·吉拉德Olivier Girard

19岁的哈西亚背着她10个月大的孩子阿布杜拉齐兹（Abdoulaziz），正专心地盯着面前的黑板，学习用尼日尔西部的语言——Zarma 写字。

在她周围有二十几个女孩和年轻妇女，她们大都戴着天蓝色的头巾，其中几个人已经结婚或者订婚。

哈西亚是今年参加尼日尔 Illimin（豪萨语，同“知识”）项目的64000名青少年女孩之一。该项目旨在帮助青少年获得生活技能和知识，并使其更加独立，保护女孩避免童婚和早孕的遭遇。尼日尔三分之二以上的女孩未满18岁就结婚，结婚之后，她们通常就会开始生育子女。尼日尔的青少年生育率在这个世界上排名第二。

联合国人口基金助理代表哈桑·阿里表示，Illimin 项目的目标人群是年龄在 10~19 岁之间的少女，因为在尼日尔，她们生育的婴儿数目占到七分之一，少女孕产妇死亡数占全国孕产妇死亡总数的三分之一。阿里补充道：“在尼日尔，这个年龄段的大多数女孩都不会读书或写字。”“她们容易遭遇童婚和早孕，她们是 Illimin 项目的最大受益者。”

除了学习如何阅读和写作，哈西亚还学习了一些实用技能，如管理金钱、缝纫、刺绣和其他一些在将来能够帮助她谋生的技能。同时，她也学习了营养、卫生、避孕方面的知识和方法，对自己的身体、人际关系和应享有的权利更为了解。

通过该项目，社区中年龄较大的“教母”陪伴女孩到当地诊所学习，在那里她们可以免费了解更多有关避孕的知识。

哈西亚表示，生下阿布杜拉齐兹是个意外。当时与她发生性关系的那名 30 岁男子向她保证使用了避孕措施。但当她怀孕时，他抛弃了她。

哈西亚的父亲在她孩提时代就去世了，不久，她的母亲也抛弃了她和她的妹妹，她们除了孤儿院无处可去。



*“我希望我的孩子接受良好的教育，过上更好的生活。”*

当她 12 岁时，哈西亚和祖母住在了一起。“她是我唯一认识的亲人。”哈西亚说，“所以我愿意留下来陪伴她。”

几年后，哈西亚找到一份家庭佣人的工作，并将收入上交给祖母。但是在她怀孕后，祖母便将她扫地出门。几个月后，她生下了她的第一个孩子，乌穆（Oumou），现在已经 3 岁了。

“我对性一无所知。”哈西亚说，“在孤儿院，女孩和男孩是分开的，所以我从未了解怀孕的风险。”

“自参加 Illimin 项目以来，我感觉自己变得更加积极了。”哈西亚说，“我正在学习如何保护自己。我交了许多朋友，我们对彼此敞开心扉，毫无保留。我希望我的孩子接受良好的教育，过上更好的生活。”

哈西亚现在使用当地诊所的皮下埋植来避孕。她希望好好规划生活。35 岁的法图马巴布加尔（Fatouma Boubacar）表示，她指导的女孩将变得更强大、更有自主意识、更自信。“在项目结束时，像哈西亚这样的女孩学会了说不。她指导的一个 14 岁女孩拒绝了父母的逼婚。

## 对生育子女数量的需求

撒哈拉以南非洲地区对子女的需求量平均高于其他任何地区。

在不同国家和国家内部不同社会阶层之间，15~49 岁妇女的平均理想子女数目差异很大。卢旺达最低，为 3.6；而尼日尔的平均理想子女数则高达 9.5。只有肯尼亚（3.9）、马拉维（3.9）和卢旺达（3.6）的妇女对子女的需求数量低于 4。

已婚男性通常比已婚妇女想要更多的子女。卢旺达则比较例外，男性的平均子女需求量为 3.1，而女性为 3.6。在布隆迪，男性和女性的平均子女需求量相同，都是 4.3。在乍得，已婚男性的子女需求量高达 13.2，排名第一。

在这个地区，那些已有四个子女的母亲仍然十分渴望有更多的子女，以扩大家庭人口数量。报告显示，除五个东非国家，在其他所有国家中，只有不到一半的妇女不再想要更多的子女。在城市地区，除卢旺达之外，更多的妇女想要 4 个或 4 个以下的子女。

如今，传统规范和习俗在大多数农村地区仍然普遍存在，这些规范和习俗在过去的一个世纪里使生育率迅猛增长。夫妇或个人生育子女的数量受到家庭经济依赖程度以及相关的生殖规范的影响。减少这种依赖的途径包括普及正规教育，在现代经济中创造财富，移民迁徙和深受其他社会规范的影响，特别是与个人权利和性别角色相关的规范。

在该地区，与初级教育学历及以下的人相比，中等教育学历以上的人养育子女的数量要少得多。同样，富人需求的子女数量少于穷人（图 8）。对子女的需求量也受到年龄的影响：与其父母相比，年轻一代通常想要生育更少子女。



## 卢旺达男子倾向于小规模家庭

社会文化规范和传统习俗阻碍生殖权利的实现，减缓了人口生育率转变的速度，而人口生育率转变是人口红利的先决条件。改变与生殖有关的规范和传统习俗绝非小事，但卢旺达的经验表明，在政治意愿的基础上，各国政府可以在相对较短的时间内，以增强生殖权利的方式实现变革。

卢旺达是非洲大陆人口最稠密的国家，其生育率曾经高达每名妇女平均生育 8.7 个子女，种族冲突的顶峰是 1994 年的种族大屠杀，在那之后，卢旺达政府改变政策来抑制人口增长速度，降低生育率（科恩(Cohen), 1993）。

新方法围绕为人们提供更多和更可及的自愿家庭计划，即使在最偏远的社区也是如此。这一举措使得避孕行为在已婚或同居妇女中的普及率显著提升，从 2005 年的 10% 增加到 5 年后的 45%。

普及率提升的部分原因是政府发起运动改变人们对避孕的看法，避孕从一项国家禁忌转变为国家优先发展事项（梭罗(Solo), 2008）。与此同时，政府也采取一定行动促使男性改变对生育、家庭规模和家庭计划的看法。

卢旺达于 2003 年推出生殖健康政策，其中一个目的就是鼓励男性参与国家家庭计划方案。该生殖健康政策的主要策略包

括大量有效沟通、社会动员运动以及针对性策略，以提高男性家庭计划意识（卢旺达共和国, 2003）。与此同时，各政治家经常向公众提及家庭计划的重要性，帮助夫妇实现自己的生育目标，缩小家庭规模（梅(May)和卡拉斯(Kamurase), 2009)。这些行动使得家庭计划迅速普及，覆盖面也越来越广。

人口统计和健康调查结果显示，卢旺达自 2005 年实行家庭计划以来，在同等条件下，与女性相比（无论是有几个子女的女性），不想再生育更多子女的男性占比更大，这在撒哈拉以南非洲是独一无二的。

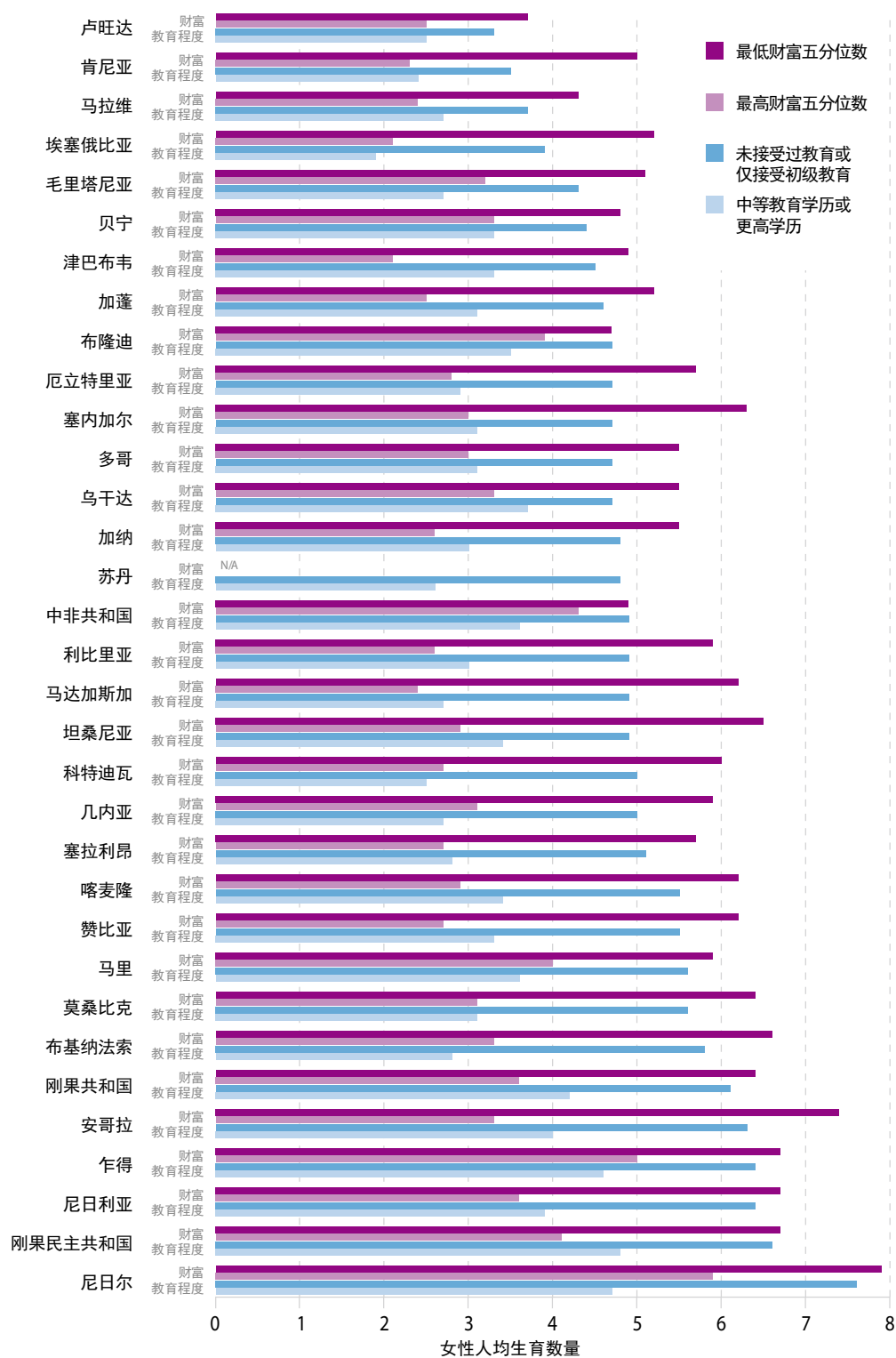
## 儿童死亡率

一直以来，由于儿童死亡率很高，或者失去子女的风险增加，撒哈拉以南非洲地区的人们一般会生育更多的子女。

尽管过去二十年新生儿存活率有了显著提高，但儿童死亡率依然居高不下。在撒哈

拉以南非洲地区的许多地方，儿童死亡率还维持在一个多世纪以前欧洲的水平，仍然是世界上最高的。在该地区，5 岁以下儿童的死亡风险大约是高收入国家儿童的 15 倍（联合国儿童基金会, 2017 年）。肺炎是 5 岁以下儿童的最大杀手。

图 8 按教育程度和财富五分位数分列的期望总和生育率



N/A, 无数据.

资料来源: ICF

# 每年有 100 多万名婴儿 在出生四周后死亡， 这反映出该地区 现有的母婴健康方案 存在问题。

因肺炎死亡的儿童占 22%。其次是疟疾，因疟疾死亡的儿童人数占撒哈拉以南非洲儿童死亡总人数的 15.3%。

据估计，2015 年，全世界的疟疾病例达 2.12 亿，其中 90% 出现在撒哈拉以南非洲地区；全球共 429,000 例疟疾死亡案例，其中 92% 发生在撒哈拉以南非洲地区。最致命的疟疾寄生虫——恶性疟原虫在撒哈拉以南非洲大部分地区都极为常见（世界卫生组织，2016）。

每年有 100 多万婴儿在出生四周后死亡，这反映出该地区现有的母婴健康方案存在问题。

## 未得到满足的家庭计划需求

该地区的妇女或夫妇一直努力控制其生育数量。与其他地区相比，现代避孕药具的获取程度和使用率较低。

据估计，该地区 21% 的妇女希望避免怀孕，但又没有采用任何现代避孕方法，因而

对家庭计划有需求，却未得到满足（古特马赫研究所 Guttmacher Institute，2017 年）。此外，该地区每年有 1,970 万人（大约占该地区妇女人数的 38%）的怀孕是意外怀孕。与农村地区相比，城市地区的已婚或处于同居状态的妇女更经常使用现代避孕药具（图 9）。

由于缺乏理想的避孕方法或避孕药具供应不足，担忧产品安全和副作用，价格高，家庭成员反对，法律限制年轻人或未婚人士使用避孕药具，以及服务提供者的价值判断或医术有限，撒哈拉以南非洲和其他发展中地区的避孕需求未得到满足。（赛德（Sedgh）等，2016b）。

## 童婚

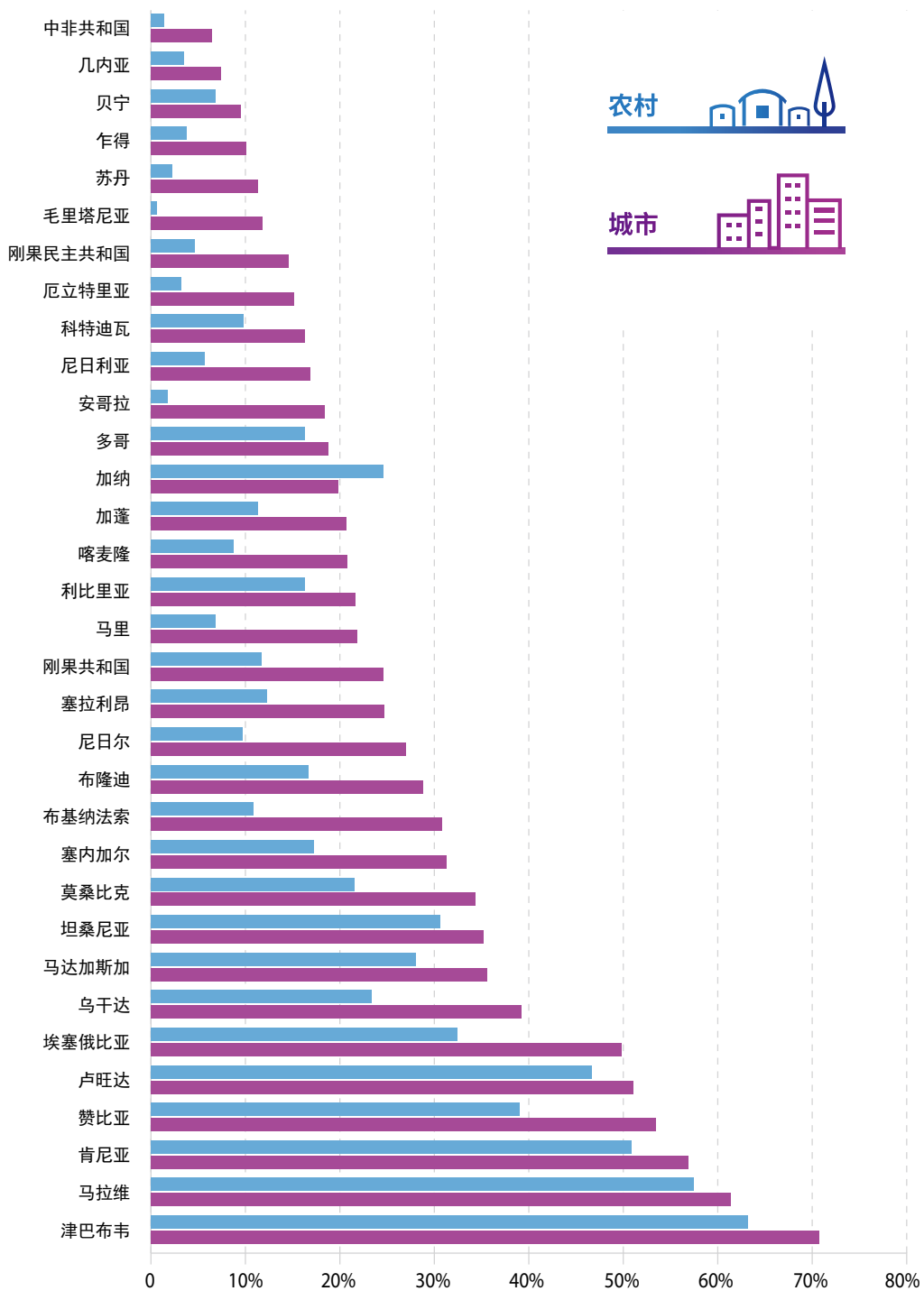
童婚对女孩的影响尤为严重。据估计，在撒哈拉以南的非洲地区，有 38% 的女性在 18 岁时结婚，12% 的女性在 15 岁时结婚（联合国儿童基金会，2018）。其中，尼日尔的童婚率最高，有 76% 的尼日尔女孩在 18 岁之前结婚。

世界上 95% 的青少年女性早孕发生在发展中国家，其中 90% 的早孕发生在婚姻或同居期间。世界卫生组织的报告显示，15~19 岁早孕女孩的主要死因是妊娠并发症，如大出血、败血症、难产，以及不安全流产引起的并发症。

童婚和与之相关的早育也会中断女孩的教育，剥夺女孩未来从事有偿工作的机会，从而产生负面的社会经济影响。相关后果包括就业不足和成年期收入减少（李（Lee），2010；埃雷拉（Herrera）和萨恩（Sahn），2015；沃登（Wodon）等，2017）。



图9 农村和城市地区使用现代避孕方法的已婚妇女比例



资料来源: ICF



© Mark Tuschman

从广义上讲，童婚剥夺了女孩在影响其生活的事务决策中的发言权，对女性的赋权产生了负面影响，并导致性别不平等意识代代相传（欣丁（Hindin），2012）。此外，童养媳更易受到虐待。她们与伴侣之间的年龄差异越大，这种现象就越严重。已婚女孩也几乎没有权利获得家庭计划信息和服务。

### 通过人口红利塑造非洲的未来

据估计，撒哈拉以南非洲地区 25 岁以下人口达 60%。该地区年轻人口众多，且在不断增加，假以时日，就能实现人口红利，从而加快该地区经济增长。非洲联盟为此制定了路线图（非洲联盟委员会，2017）。

人口红利是指当劳动适龄人口的比例相对大于非劳动适龄人口时，人口年龄结构变化带来的经济增长潜力。在儿童死亡率开始下降，生育率仍居高不下的情况下，就会出现这种转变，这时，年轻人口数量要多于老

年人口数量。随着这些年轻人开始工作，总人口中劳动人口的数目多于被抚养者人数，从而暂时促进经济显著增长（李（Lee）和梅森（Mason），2006）。

然而，人口红利的规模和影响力取决于对这些年轻人进行人力资源建设的投资程度。如果他们拥有权利，受过教育并成功就业，他们可以帮助国家实现红利；反之，他们自己还会依赖国家的帮助，反而成为负担。

撒哈拉以南非洲的大部分地区开始出现人口转变，这时应该针对性地加大对教育和健康（包括生殖健康）事业的投入，以促使该地区众多的青年人口抓住未来几年出现的经济机会。

实现人口红利还取决于劳动力市场和资本市场的有效运作，以及环境的治理（治理环境是为了吸引本地和国外的私人投资），通过人力资源投资加强劳动力供应，必须伴

随有强劲的经济增长,增加对劳动力的需求。这两个条件对于鼓励人们从事生产性活动和有报酬的工作至关重要,也为创业提供机会。实现人口红利最大化,就能加速经济增长,减少贫困。其中一些国家或地区已经实现了这一点。经历了20世纪80年代到90年代的十年时间,撒哈拉以南非洲的经济状况得到了显著改善。2000—2016年期间,非洲大陆各国人均国内生产总值(GDP)几乎翻了一番(图10)。

在这16年中,只有津巴布韦出现了经济衰退。而埃塞俄比亚和卢旺达这两个国家的人均GDP则增长了两倍。该区域所有国家都面临着挑战,即维持或加速经济增长满足教育、卫生和就业等方面的需求,这些需求会随着人口的增长而增加。尽管许多最贫穷的国家经济得到了发展,但它们仍远远落后于发达国家。

人口红利的大小,部分取决于生育率下降的速度,而生育率下降的速度又取决于妇女和女童的性健康、生殖健康和权利的受保护程度。妇女是否有权获取信息和途径来决定是否怀孕、怀孕时间和怀孕频率,也会影响生育率的下降速度。

接受正规教育是降低生育率的主要途径,女孩留在学校的时间越长,她们早婚和早孕的可能性就越小。受过良好教育的女性也更可能在以后的生活中成功获得体面且有偿的工作。

性别歧视和不平等现象持续存在,在这种情况下,非洲联盟在2017年构想的人口红利可能无法实现,因为这种现象剥夺了许多妇女和女童的权利。

图10 人均国内生产总值  
(购买力平价:当前国际元)

国家/地区	2000	2016	人均国内生产总值 2016/2000
安哥拉	2,781	6,499	2.34
贝宁	1,321	2,168	1.64
布基纳法索	829	1,720	2.07
布隆迪	598	778	1.30
喀麦隆	1,987	3,286	1.65
中非共和国	649	699	1.08
乍得	787	1,991	2.53
刚果共和国	3,551	5,719	1.61
科特迪瓦	2,336	3,720	1.59
刚果民主共和国	419	801	1.91
加蓬	14,095	18,108	1.28
加纳	1,791	4,294	2.40
几内亚	896	1,311	1.46
埃塞俄比亚	490	1,735	3.54
肯尼亚	1,690	3,156	1.87
利比里亚	665	813	1.22
马达加斯加岛	1,145	1,506	1.32
马拉维	686	1,169	1.70
马里	1,160	2,117	1.83
毛里塔尼亚	2,181	3,854	1.77
尼日尔	597	978	1.64
尼日利亚	2,258	5,867	2.60
卢旺达	623	1,913	3.07
塞内加尔	1,512	2,568	1.70
塞拉利昂	723	1,473	2.04
苏丹	1,812	4,730	2.61
坦桑尼亚	1,174	2,787	2.37
多哥	1,012	1,491	1.47
乌干达	846	1,849	2.19
赞比亚	1,667	3,922	2.35
津巴布韦	2,038	2,006	0.98
撒哈拉以南非洲地区	1,900	3,711	1.95

资料来源:世界银行(2017年)



## 未来

除非与生育相关的社会规范迅速转变，否则撒哈拉以南非洲地区的生育率不会快速下降。这包括为应对高死亡率而产生的社会经济系统的变化，特别是与社会中的性别角色有关的变化。

非洲经济的城市化和现代化为妇女在家庭之外的经济成功创造了机会。与此同时，城市化，女童和妇女受教育程度的提高，以及婴儿和儿童死亡率的下降，有助于逐步减少对人口多的家庭的需求。

个人和夫妇有权决定家庭规模的程度越高，生育率下降的速度就越快。

在大多数非洲国家，家庭计划方案发展不够全面，最需要优质服务的人常常无法享受到这种服务，特别是贫困的城市居民和农村人口。普及优质的家庭计划服务可能会使他们对这些服务的需求增加，这反过来又会降低生育率。



聚焦肯尼亚

*“我们希望我们的孩子比我们过上更好的生活。”*

32 岁的夏罗



# 肯尼亚人 倾向于小规模 家庭，以给予子女 更好的生活

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA

夏罗（Sharrow）在与斯坦利（Stanley）结婚后很快就怀孕了，在其儿子克里斯蒂亚诺（Christiano）出生后，他们一致决定要给予他最好的生活。这意味着他们要实行家庭计划措施来避免怀孕。

联合国人口基金驻内罗毕代表处的性与生殖健康专家丹·奥科罗（Dan Okoro）表示，肯尼亚人更愿意少生育子女以全心全意地照顾他们。越来越多的夫妇选择使用家庭计划措施预防怀孕、推迟怀孕或延长怀孕间隔时间。



20 世纪 70 年代，一名肯尼亚妇女的平均生育人数超过 8 个。自那时起，肯尼亚家庭规模开始缩小。现在，每名妇女一生平均生育数量不到 4 胎。肯尼亚生育率降低的部分原因是免费或低成本的避孕措施以及相关信息的普及。越来越多的性活跃年轻女性使用家庭计划措施。“家庭计划的禁忌总体上已成为过去。”联合国人口基金会支持的青年健康中心——肯尼亚家庭健康选择中心的

志愿者雷切尔·穆特 (Rachel Muthui) 说，“现在，年轻女性意识到自己有能力作出决定。”

“家庭计划服务也能够帮助女童避免早孕并完成学业，使她们能够获得好工作。”穆特补充说，“怀孕的女童通常会辍学，她们会因此失去获得就业机会和丰厚收入的机会。所以，女童在到达性活跃年龄之前需要了解家庭计划。”

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA





夏罗和斯坦利连续 7 年采取避孕措施，直到去年他们的大儿子小学毕业，他们的第二个孩子蒂娜（Tina）才出生。在蒂娜出生前，这对夫妇已经设法攒了足够的钱，将现在 8 岁的儿子送到一所优秀的中学学习。夏罗再次开始避孕计划，并准备返回学校并开始经营自己的餐饮生意。

“我们希望我们的孩子比我们过上更好的生活。”夏罗说，“我会竭尽所能帮助他们实现梦想。”



夏罗和斯坦利连续 7 年

采取避孕措施——直到去年

他们的大儿子小学毕业，

他们的第二个孩子

蒂娜才出生。



# 非典型的 生育转变

传统的人口转变理论主张（诺特斯坦（Notestein），1953；伊斯特林（Easterlin），1975），随着社会经济的发展，生育率通常会有所下降。目前，各国工业化、城镇化以及人口受教育程度正向着更高的水平发展，这增加了生育子女的成本，也削弱了大家庭的优势。





© Chris Stowers/Panos Pictures

鉴于上述情况，人们往往倾向于选择少生育子女。在一个国家，生育转变一旦开始，便将持续，生育率会跌至更替水平，即女性人均生育 2.1 个子女。

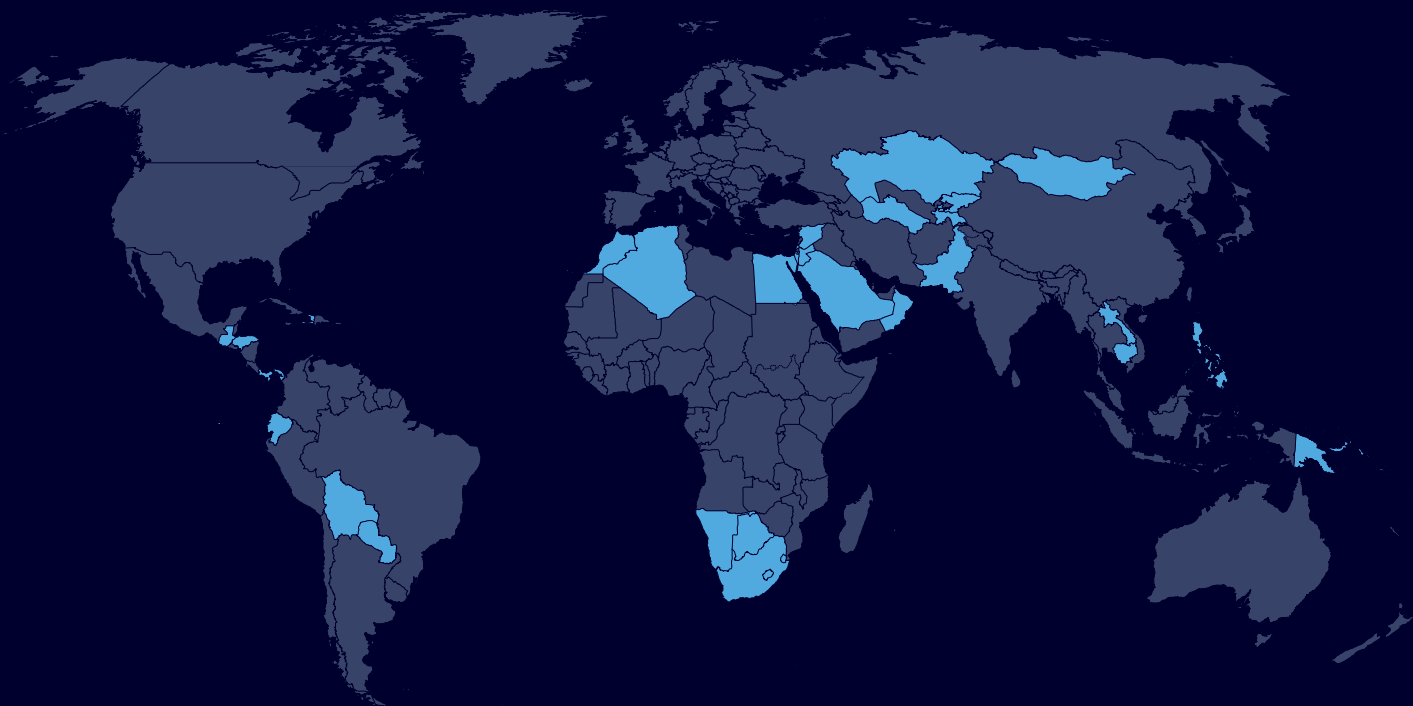
大多数国家生育率下跌都遵循上述典型路径，但在目前总生育率在 2.5~3.9 之间的国家中（图 11）出现了不同的生育转变模式。

在其中一些国家，长期下跌的生育率已渐渐放缓了下降的速度；而在另一些国家，生育率在长期下跌后出现了反弹。前者的部分原因是政府削减家庭计划项目经费；而至于后者，反弹往往发生在经济危机或其他危机结束之时。



## 生育率

# 每名妇女介于 2.5 至 3.9 的国家



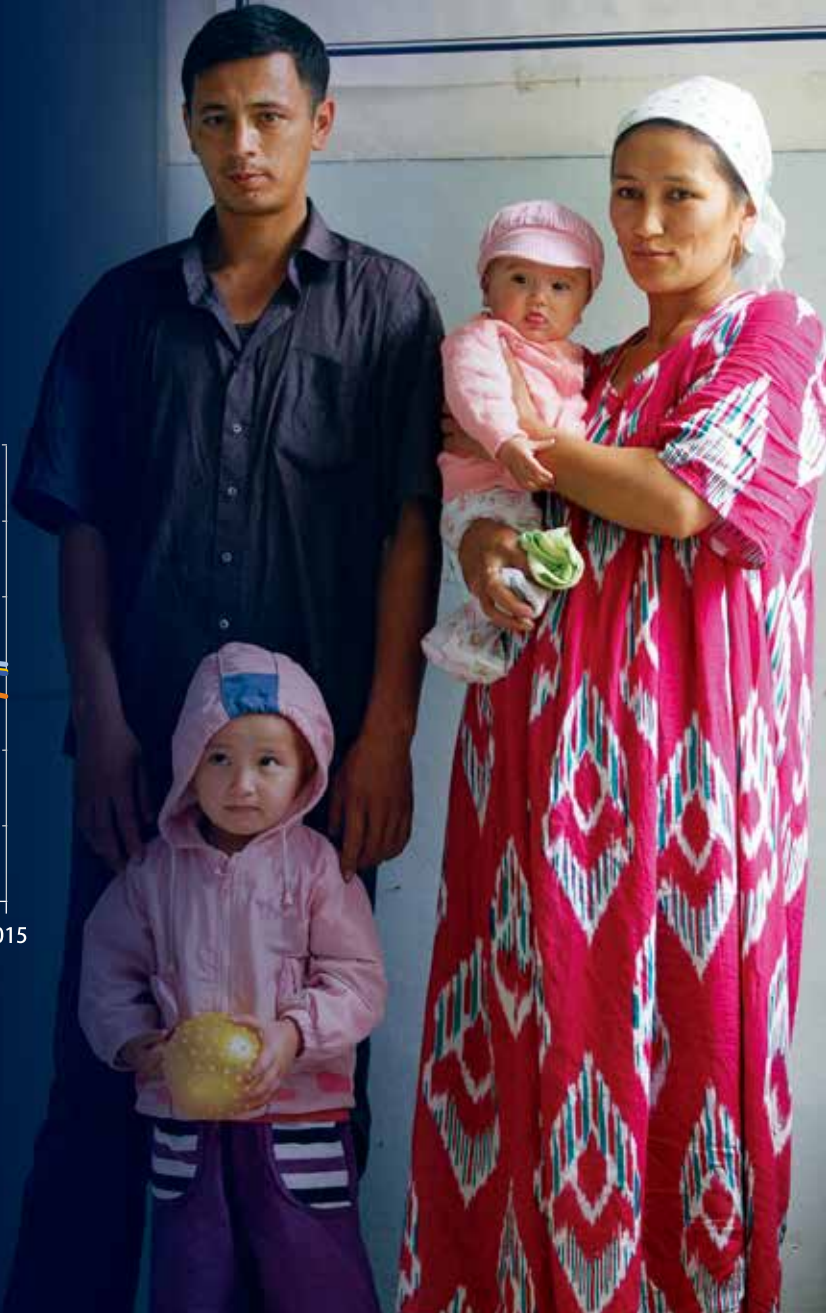
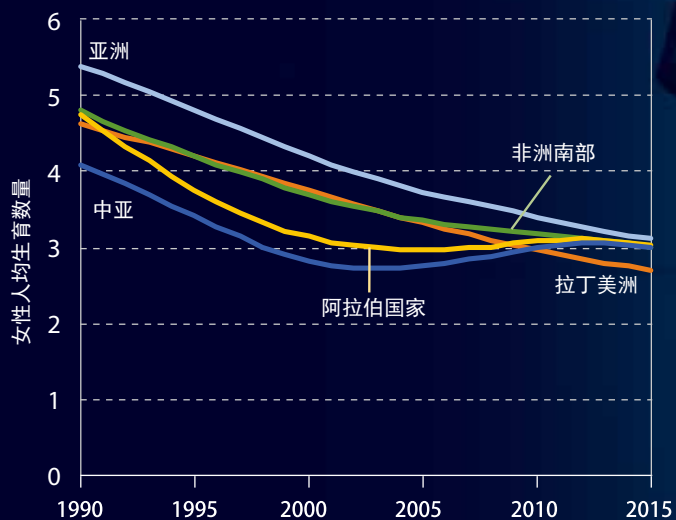
20 世纪 90 年代，上述国家的生育率均大幅下降，但在 2000 年之后，生育率开始有了不同走向，区域和次区域差异较为明显（图 12）。例如，在南亚与东南亚的五个国家，平均生育率从 1990 年的 5.3 逐步下降到 2015 年的 3.1；在拉丁美洲与加勒比海地区的七个国家，同期的平均生育率从 4.6 持续下跌至 2.7；在非洲南部，20 世纪 90 年代生育率有所下降，但进入 21 世纪后，生育率下跌速度

大大减缓，在 2000—2015 年间，生育率从 3.7 降到 3.0；在阿拉伯国家与中亚国家，21 世纪初期生育率有所下降，而后出现反弹。

虽然目前全球共有 30 个国家的生育率介于 2.5 和 3.9 之间，但本章主要针对其中的 15 个国家进行论述：玻利维亚、柬埔寨、埃及、危地马拉、洪都拉斯、约旦、吉尔吉斯斯坦、莱索托、摩洛哥、纳米比亚、巴基斯坦、菲

图 12

### 1990—2015年以地区分组15个国家的平均总和生育率趋势



© Giacomo Pirozzi

律宾、斯威士兰、塔吉克斯坦、土库曼斯坦。这 15 个国家均为 2000 年或之后开展了人口和健康调查，调查数据涵盖这些国家的“非意愿和不适时生育状况”“未满足的避孕需求”以及“不同受教育程度下的生育水平”。本章论述不包括以下几类国家的生育趋势：数据不完整或仅有近期数据的国家，在经济、人口或其他方面与上述 15 国情况大不相同的国家。

20 世纪 90 年代，上述国家的生育率均大幅下降，但在 2000 年之后，生育率开始有了不同走向。

## 意外怀孕和不适时生育

在 1994 年国际人口与发展会议上，179 个国家政府一致通过：夫妇和个人有权决定是否生育、生育时机以及生育间隔。实际上，世界上所有国家在生育率停止下跌或已经反弹之时，——，行使这一权利遇到了挑战。意外怀孕、非意愿生育、不适时生育与堕胎行为便是这些挑战的具体体现。

### 非意愿生育

对于女性来讲，如果生育数量已经达到了理想的家庭规模，那么之后的生育就属于非意愿生育（Rutstein 和 Rojas, 2006）。通过国际人口和健康调查收集的数据显示：在本章涉及的 15 个国家中，非意愿生育平均水平最高的国家是斯威士兰（1.7），最低的

是吉尔吉斯斯坦和土库曼斯坦（0.2）（图 13）。

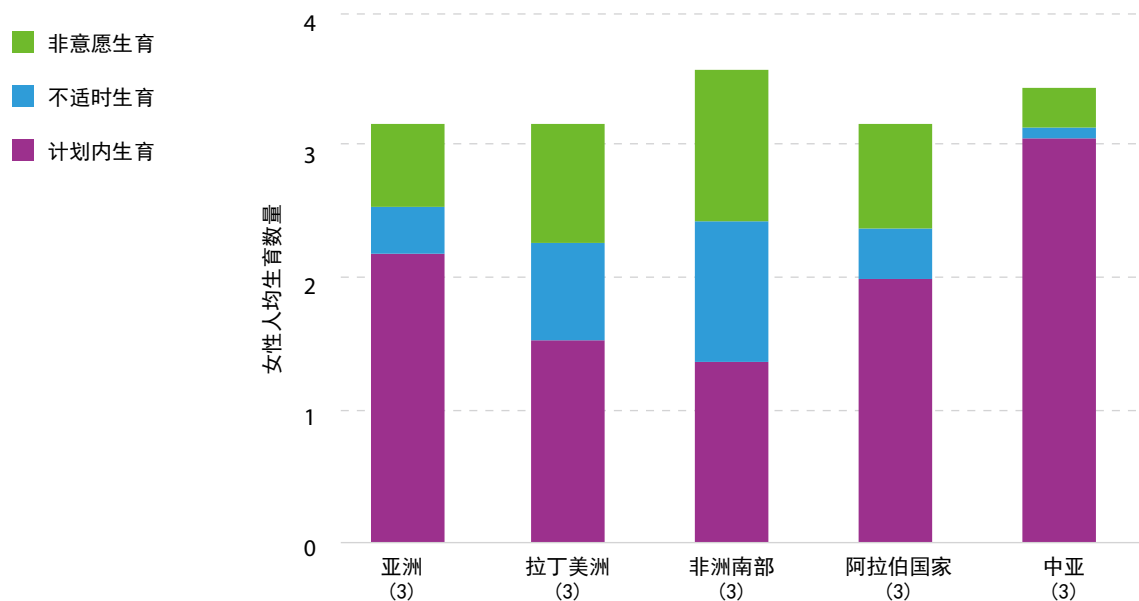
### 不适时生育

不适时生育属于意愿生育，只是早于预期发生。在 15 个国家之中，不适时生育平均水平最高的国家是纳米比亚（1.4），最低的是土库曼斯坦（0.06）。

### 流产

关于本章所涉及的 15 国的流产情况（包括安全与不安全、合法与非合法的流产），详实数据尚未完成统计。但古特马赫研究所预测，在非洲南部、南美洲和中亚地区，因流产而终止妊娠的比例分别为 24%、34% 和 26%。

图 13 5 个地区 15 个国家的非意愿生育、不适时生育与计划内生育水平





## 未满足的避孕需求

在本章涉及的 15 个国家中，乃至在全球范围内，意外怀孕的直接原因主要是一些不想怀孕的女性没有采取避孕措施。相关研究者普遍认为，这些女性的避孕需求尚未得到满足(韦斯特夫(Westoff)和班科尔(Bankole)，1995)。

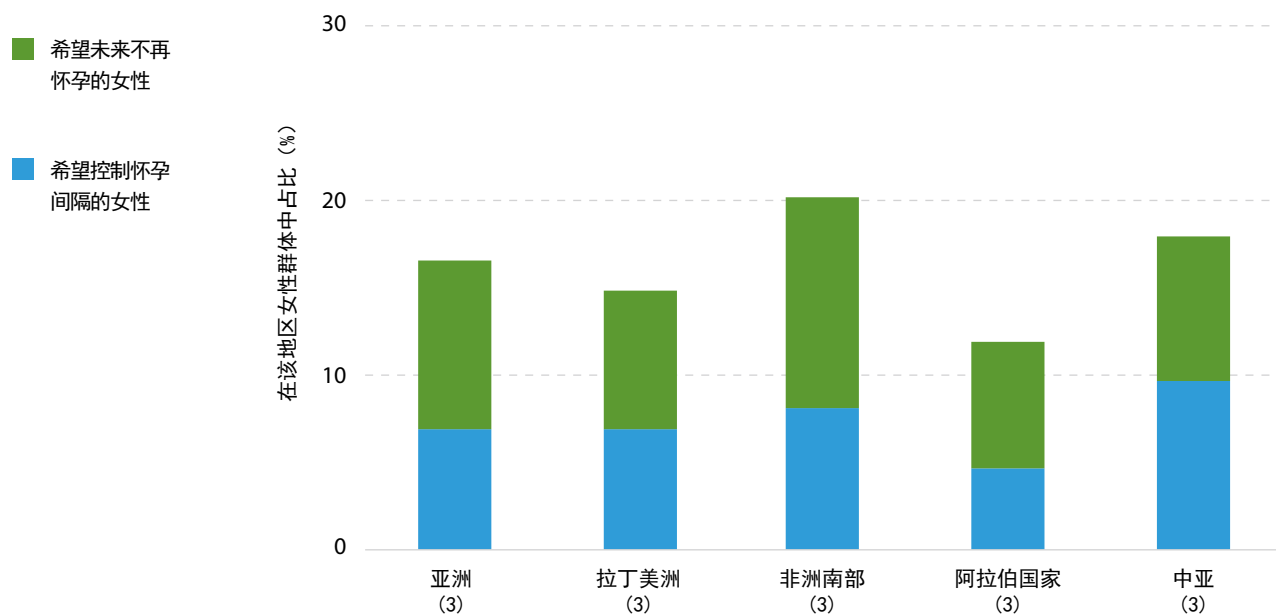
在不同社群，未满足的避孕需求水平大不相同。通过国际人口和健康调查收集的数据显示，上述 15 国中，未满足的避孕需求水平最高的国家为斯威士兰(25%)，最低的是洪都拉斯(11%) (图 14)。

避孕需求未得到满足的女性群体中，一些女性希望控制自己的怀孕间隔，另一些则是有了理想的生育子女数量并希望未来不再怀孕。



© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

图 14 5个地区15个国家避孕需求未得到满足的女性占比



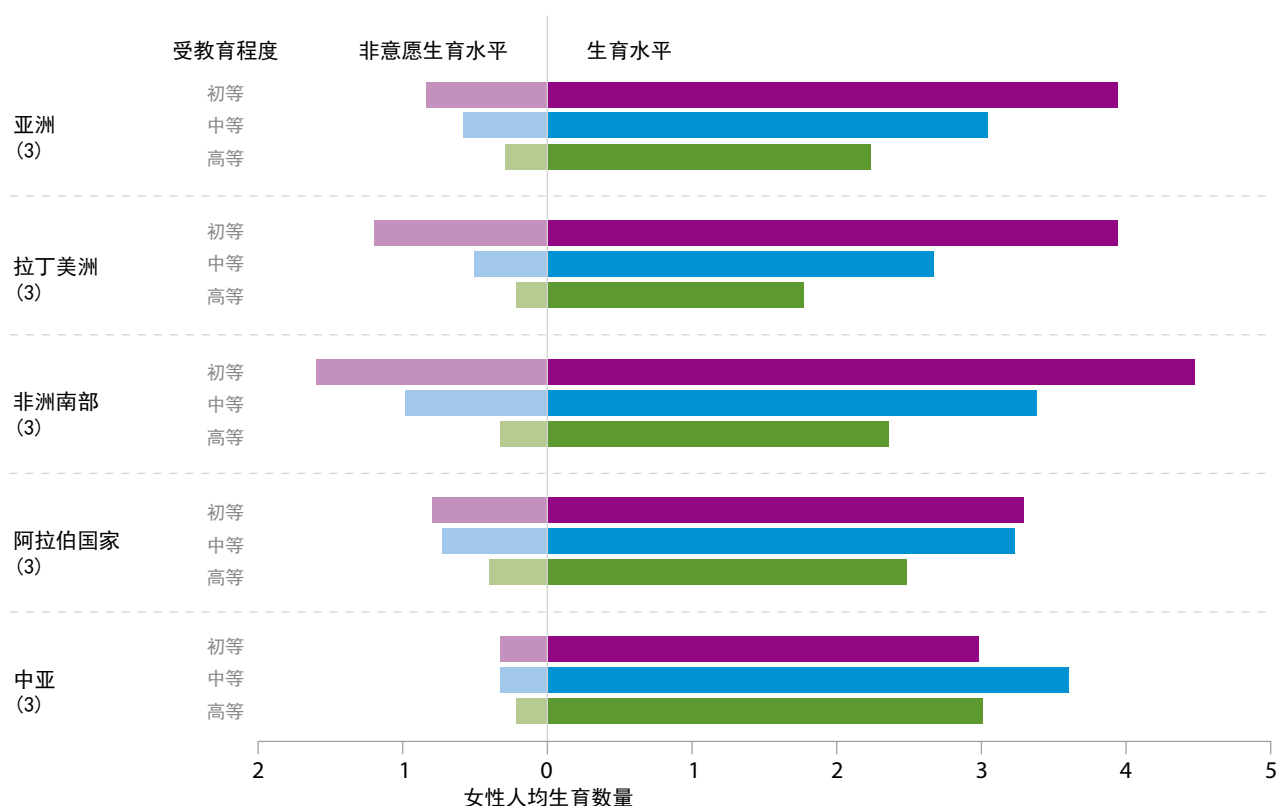
在许多国家，男性和女性在采取避孕措施方面受到一系列社会、健康和经济因素的重重阻碍（邦加特（Bongaarts）等，2012；赛德（Sedgh）和侯赛因（Hussain），2014）。这些阻碍因素包括：对避孕方法或避孕服务提供者了解不足，不清楚避孕方法和服务的费用，对健康和副作用问题的担忧，以及社会接受度的考虑。其中，对健康问题的担忧是不采取避孕措施的最常见理由。近期开展人口和健康调查的 15 个国家之中，菲律宾女性不采取避孕措施的主要原因是健康和副作用问题（占比 26%）。性别不平等也是一个重大阻碍因素，比如妻子想要采取避孕措施，丈夫却予以否决。

## 社会经济因素

在本章涉及的 15 个国家中，受教育程度较高的女性群体生育率普遍偏低，其余大多数国家也是如此（图 15）。其中，在拉丁美洲与加勒比海地区的三个国家，受教育程度最高的女性和受教育程度最低的女性相比，生育率差异值是 15 个国家之最。这一发现在某种程度上表明，该地区的社会经济不平等现象较为严重。

导致受教育程度较高的女性群体生育率较低的因素包括：新生儿和儿童存活率较高；她们具有晚婚倾向，在生育选择方面拥有更多的自主权。该群体的女性收入较高，生育

图 15 5个地区15个国家不同受教育程度女性的生育水平与非意愿生育水平



资料来源：ICF；DHS和USAID (2018)



# 帮助玻利维亚 青少年 预防怀孕

聚焦玻利维亚

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR

**“你会发现普纳塔的年轻妇女变得越来越强大、越来越自主。”**

23 岁的杜卫萨

普纳塔青年委员会集聚一起时，23 岁的杜卫萨·艾可泽·弗得罗（Duveiza Alcozer Villaroel）坐在上座。

在他们背后有一条鲜艳的横幅，横幅上印着：“Juventudes de Punata unidos por nuestros derechos”，描述的正是眼下发生的事情：普纳塔青少年正在为自己的权利大声疾呼。



普纳塔靠近阿拉莱湖（Lake Allalay，Allalay 在凯楚阿语里的意思是“非常寒冷”），是科恰班巴的首府和商业中心。它有 3.5 万居民，其中近三分之一是年轻人。

2012 年，玻利维亚通过了一项法律，成立青年委员会，使年轻人能够在国家政策和治理上发表意见。而第一个青年委员会则设立在普纳塔。

普纳塔青年委员会主任弗得罗（Villaroel）说道：“我们有很多工作需要做，特别是在青少年怀孕方面。我们最好开始行动起来。”

弗得罗说，和她住在同一社区的青少年之所以怀孕，是因为他们不了解性，也不知


道如何避孕，而且害怕询问。安全套“我可以认出他们，因为我 19 岁就怀孕了”，她说。

弗得罗说：“我永远不会忘记，当知道自己怀孕的那一刻，仿佛被人泼了一盆冷水。”

和年轻人谈论性是帮助他们在备孕前预防怀孕的关键。然而，许多玻利维亚年轻人感到尴尬或羞于询问问题，还有许多人觉得去诊所寻求避孕药具太尴尬。

像普纳塔青年委员会一样的其他玻利维亚青年委员会正在推动关于性、怀孕和避孕等话题的公开讨论，期待赋予女孩更多生活中的自主权。

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR



让年轻人开口讨论  
性问题，是帮助青少年  
在做好准备之前  
避免怀孕的关键。

来自联合国人口基金的路易吉·布尔戈瓦 (Luigi Burgoa) 说, 四五年前, 年轻人不谈论避孕, 但自从建立了青年委员会, 一切都变了。他说: “你会发现普纳塔的年轻妇女变得越来越强大、越来越自主。”

弗得罗的儿子现在已经 4 岁了, 她很爱他。她希望尽自己所能帮助那些想生孩子的青少年, 帮助她们克服在那个年龄怀孕时常带来的压力和羞耻感。弗得罗和青年委员会的成员会去年轻人聚集的商场等地方派发关于性和避孕的传单, 帮助他们了解如何避孕。

她说: “有时候, 年轻人看到我们散发的传单后会感到尴尬, 然后走开。有时候, 他们看到传单上安全套或皮下埋植等字眼后会僵硬地耸耸肩”。

弗得罗怀孕时, 正处于学业最后一年。她说: “那个时候太艰难了, 但我还是完成了学业并毕业了。那时不管我去哪, 我都会将孩子带在身边。”

弗得罗补充道: “我有很多愿望。有时候, 作为一个母亲, 你必须在照顾子女和工作之间作出选择, 而我决心要找到一个平衡点。我想工作, 想要充分发挥自己的潜力, 让我的孩子为我骄傲。”

子女可能意味着暂停工作, 牺牲经济利益。很多受教育程度高的女性, 了解避孕知识, 知晓如何获取避孕药具, 她们了解避孕的益处, 所以更倾向于采取避孕措施。

政府资助的家庭计划项目, 使贫穷且受教育程度低的女性在怀孕时机、生育数量方面有了更大的选择空间, 极大地影响了这些女性的生育状况。富有的、受教育程度高的女性有能力实现自己的生育目标, 而贫穷的女性在获取避孕药具方面却面临巨大的经济难题, 只能依赖国家项目所提供的免费服务。国家家庭计划力度越大, 非意愿生育率就会越低。本章涉及的 15 个国家之中, 阿拉伯国家与亚洲国家家庭计划力度较大, 受教育程度对非意愿生育率的影响最小。

## 停滞与反弹

生育转变开始后, 生育水平往往会持续下跌至更替水平。生育水平下跌已进入停滞或反弹状态的国家有: 阿尔及利亚、埃及、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、摩洛哥、纳米比亚、巴拿马、塔吉克斯坦和土库曼斯坦。

经济冲击、战争和饥荒都可能致使夫妇暂时选择避孕。例如, 20 世纪 90 年代阿尔及利亚发生内战之时, 该国的生育率一度跌至更替水平。2010 年内战平息后, 生育率实现反弹, 女性人均生育数量几乎接近 3。

再如，20世纪90年代初期，中亚国家遭受了经济危机，同一时期，这些国家的生育率也呈现大幅度下跌（图16）。21世纪初，经济危机结束之时，生育率便出现反弹。随着经济状况的持续改善，生育率重回下降趋势。

在这四个中亚国家，生育率提高的一个因素可能是人们对现代避孕方法的需求无法得到满足。在塔吉克斯坦和吉尔吉斯斯坦，将近五分之一女性的避孕需求无法得到满足，部分原因可以归结为：家庭计划服务有限（尤其是在农村地区），可供选择的避孕措施有限，避孕成本高昂，女性避孕选择权受限。

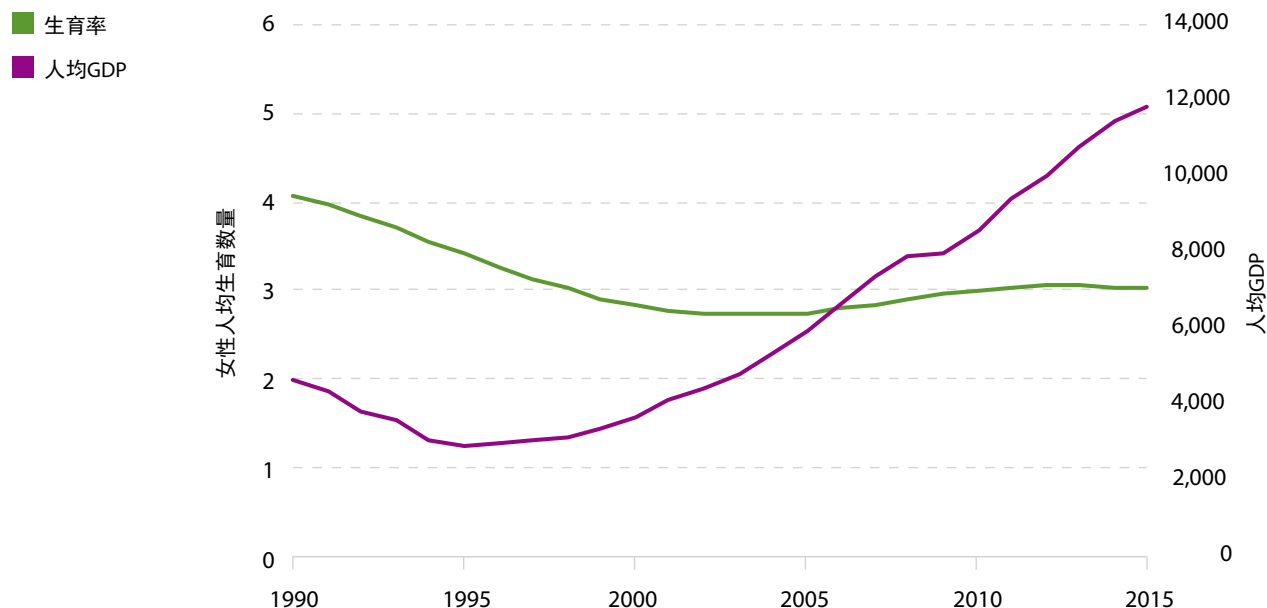
其中，15~24岁的已婚女性未满足的避孕需求状况较25~49岁的女性群体更为严重。例如，在吉尔吉斯斯坦，从1997年到2012年的

十多年时间里，年轻已婚女性未满足的避孕需求比例上升了8.6%，而采取避孕措施的比例从45.5%急剧下降至19.3%。

虽然一些国家提供了青年友好型卫生服务，但学校普遍还未遵循联合国人口基金（UNFPA）和联合国教科文组织（UNESCO）发布的指南开展全面性教育。此外，童婚现象依然存在，少女新娘无法获得或只能获得有限的生殖健康服务（包括家庭计划服务）。她们面临的主要难题是：丈夫或姻亲反对她们采取避孕措施。

生育率下降不一定是某种危机导致的结果，还可能存在其他原因。例如，为了完成中高等教育并为就业作准备，大量女性选择推迟怀孕，这可能会导致暂时的生育水平下跌。一

图16 4个中亚国家人均国内生产总值（购买力平价）与生育水平变化平均趋势



资料来源：联合国(2017)和世界银行(2017)



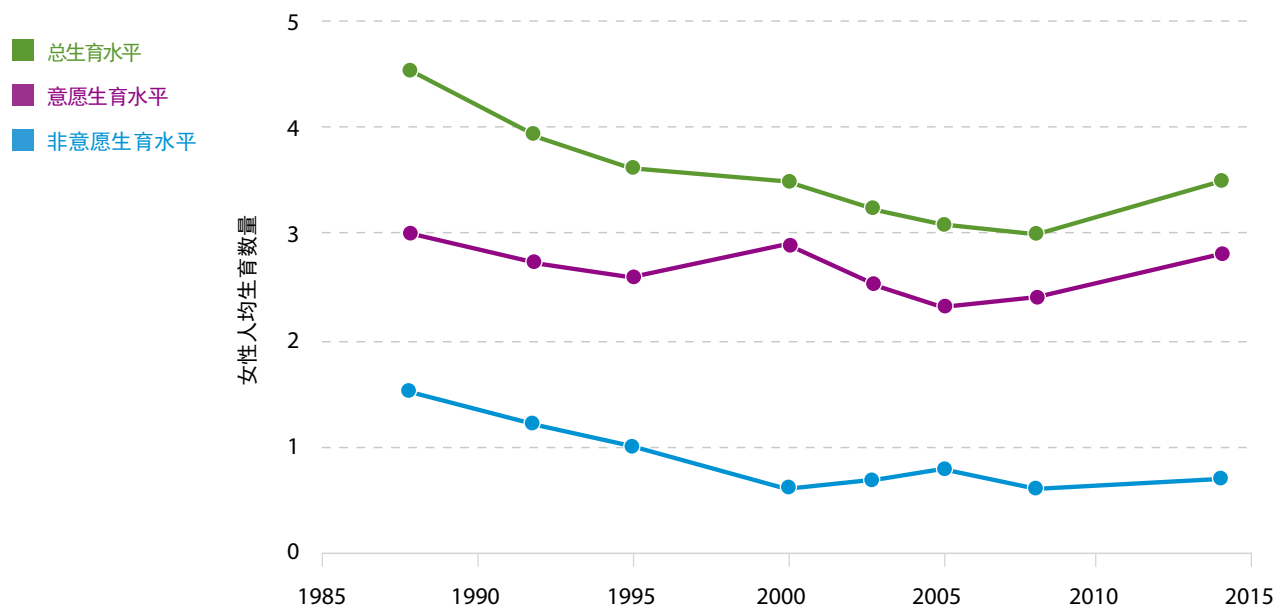
旦这部分女性完成了学业，或成功开启了职业生涯，她们可能会考虑结婚生子，从而生育水平升高。

政府削减家庭计划项目经费也可能减缓生育水平下跌，或者促使其上升（Blanc 和 Tsui, 2005）。例如在埃及，从 1988 年到 2008 年，生育率（女性人均生育数量）从 4.5 逐步跌至 3.0，2014 年又反弹至 3.5（图 17）。2008 年之前，埃及政府斥巨资开展家庭计划，并且得到了海外的捐助。得益于这些投资，全国各地都可获得家庭计划服务。因此，避孕知识得以广泛传播，人们普遍意识到现代避孕方法能让个人和夫妇减少生育数量。

从 2000 年到 2007 年，国际社会对埃及家庭计划项目的援助平均每年达到 3300 万美元。然而，自 2008 年以来，该数额急剧下降，在 2011 年和 2012 年跌至 300 万美元的最低值，这削弱了埃及的家庭计划力度。

埃及政府调拨财政经费来填补这一缺口，但这些资金并不足以将家庭计划项目与服务恢复到 2007 年以前的水平。资金减少影响了服务质量和宣传力度。另外，在 2007 年以前，埃及的两大电视频道均免费宣传家庭计划，而最近几年，观众群渐渐转向新的私有频道，不提供免费宣传家庭计划。这样一来，知晓家庭计划益处的群众越来越少，生育水平从而反弹。

图 17 1988—2014年埃及的生育水平变化趋势



资料来源：ICF; DHS和USAID (2018)

## 生育转变何时结束

一些国家生育水平变化趋势并未沿袭传统生育转变道路。生育水平下降了数十年后，部分国家的生育率趋于稳定或有所上升。

非典型的生育转变可能是由于冲突或经济冲击造成的。生育率稳定或上升也可能是由于人们获取家庭计划方法和服务的机会有限，特别是在贫穷和农村地区。

虽然这些国家并未沿袭传统生育转变道路，但这并不意味着它们没有完成生育转变。有些国家生育转变结束时的生育更替水平可能不是 2.1，而是更高水平，2.5~3。摩洛哥的生育率自 2000 年起发生了些许改变，如今生育率是 2.5。

虽然这些国家并未沿袭传统生育转变道路，但这并不意味着它们没有完成生育转变。



聚焦埃及

“生下小马哈茂德后，我们就继续进行家庭计划。”

乌姆·阿哈姆德，32 岁



# “我们希望能够 给予孩子们 最好的”

© 联合国人口基金/罗杰·艾尼斯 (Roger Anis)

穆罕默德 (Mohamed)：“我们三个孩子。我们希望都能为他们创造一个美好的未来。”

37 岁的穆罕默德和 32 岁的乌姆·阿哈姆德 (Um Ahmed) 在埃及的卢克索长大，16 年前成婚。结婚大约一年后，乌姆·阿哈姆

德生下女儿玛丽亚姆 (Mariam)，两年后又生下儿子阿姆哈德 (Ahmed)。

穆罕默德解释说：“有了两个孩子之后，我们觉得足够了，所以开始采取避孕措施。因为这样，我们才能保证两个孩子身体健康和受到良好的教育。”



但在接下来的五年里，穆罕默德的父亲一直敦促这对夫妇继续生育。最后穆罕默德夫妇同意了，生下第三个孩子——马哈茂德（Mahmoud）。乌姆·阿哈姆德说：“生下小马哈茂德后，我们又继续采取避孕措施。”

五年前，当大量的外国游客到卢克索参观古址的时候，穆罕默德在工地上的工作还能够维持一家生计，但现在外国游客很少，削弱了卢克索的经济，穆罕默德也因此失去了生计来源。后来，这对夫妇带着他们最小的儿子去了开罗，另外两个孩子留守在家里继续学业。

现在，穆罕默德居住在开罗人口最多的纳赛尔城，他在一栋公寓楼里做门卫，和家人一起住在地下室的小房间里。穆罕默德供

小儿子在一所小班授课、师资力量雄厚的学校读书。他儿子说他最喜欢的科目是数学，长大后想成为一名医生。

穆罕默德说：“三个孩子就够了。”其妻子表示同意：“我们希望给予孩子们最好的。”

### 多数人想生育三个孩子

埃及民意研究中心巴瑟拉（Baseera）的首席执行官马吉德·奥斯曼（Magued Osman）表示，平均每个埃及人只想养育三个子女。但是该平均数掩盖了地区间、农村间和城市间理想家庭规模的差异，如从亚历山大省的两三个子女到埃及西北部的马特鲁省的五个左右。

妇女赋权、  
包容性的经济发展  
和家庭计划的  
可及性让每个人和  
夫妇 / 情侣  
能够自主决定  
家庭规模。



现实与理想是有差距的。埃及人期望的子女数量平均是 3.0，但实际情况是 3.5。

联合国人口基金驻开罗的助理代表杰曼·哈达德（Germaine Haddad）表示：“人们想要的子女的数量取决于居住地、生活方式和是否至少生一个男孩。”实际子女数量可能取决于家庭压力、继承法中的性别歧视和收入水平，但通常取决于获取现代避孕方法及其安全使用的准确信息。



© 联合国人口基金/罗杰·艾尼斯

### 知情选择

关于避孕药副作用的不准确信息，使三分之一的埃及妇女在一年内就停止服用避孕药，从而导致意外怀孕。

瓦法·班杰明·巴斯塔（Wafaa Benjamin Basta）是一名妇产科医生，拥有自己的私人诊所，同时任职于一所城市教学医院。她说：“妇女需要更多的避孕信息和知识。”

巴斯塔说道：“有些妇女并不知道自己是拥有选择权的。根据完整准确的信息，我会帮助妇女们自己做卫生保健决定。”

巴斯塔补充道：“我遇到的大多数妇女都担心避孕药的副作用，但其中许多担忧都没有事实依据。在埃及，妇女错误地认为避孕药会导致发胖或乳腺癌，所以避孕药不受欢迎。”

巴斯塔说，虽然她的私人诊所提供所有现代避孕方法，但她的大多数顾客都选择在子宫内放置避孕环。越来越多的年轻已婚女性为了完成学业或者开始职业生涯，寻求避孕方法推迟怀孕。

**“根据完整准确的信息，  
我会帮助妇女们自己做出  
卫生保健的决定。”**

**瓦法·班杰明·巴斯塔博士**

去巴斯塔私人诊所的妇女通常计划只生一个孩子，最多两个。但她在教学医院遇到的妇女通常计划生五六个孩子。巴斯塔说，这些妇女希望子女在将来能够赡养双亲，为家庭带来稳定收入。

### 人口出生率上升

政府和联合国的统计数据显示，大型家庭在贫穷和农村地区更为普遍。大型家庭还与较高的童婚率有关。在开罗，每个家庭约有两个子女，童婚占婚姻比不到 3%。而在农

村马特鲁省，每个家庭约有四个以上的子女，童婚率占比高达 21%。

埃及目前的生育率是 3.5，高于 2009 年的 3.1。部分官员认为这是因为疲软的家庭计划方案导致的。这个方案由一个大型国际援助国提供资金，直到 2006 年左右。当时，埃及的经济正在蓬勃发展，人均 GDP 几乎翻了一番，从 2000 年的 1400 美元增长到 2010 年的 2600 美元左右。埃及出色的经济表现使得援助国逐步停止资助。

目前，有 12.5% 的埃及妇女对现代避孕方法的需求尚未得到满足。这个比例在农村地区更高。

自 2006 年以来，家庭计划宣传活动也有所减少。在 2005 年开展的人口与健康调查中，80% 的受访者表示，他们在过去一年里听过或看过有关家庭计划的信息。2014 年开展的一项类似调查显示，只有 20% 的人收到过此类信息。

学校不提供全面的性教育，因此必须通过其他方式提供有关家庭计划和生殖健康的基本信息。例如，联合国人口基金资助了“青年同伴”（Y-Peer）的同伴教育项目，在该项目里，年轻人向其他年轻人介绍性传播感染疾病、家庭暴力、人权、性爱关系和怀孕等信息。

22 岁的穆罕默德·哈桑（Mohamad Hassan）是开罗爱资哈尔大学的一名医科学生。他现在是青年同伴计划的志愿者。哈桑说，参加其讨论会的人中，有 80% 的人会询问有关解剖学的基本信息。

## 人口将翻一番

按照目前的增长速度，预计到 2030 年，埃及的人口将从目前的 9500 万增长到 1.19 亿，到 2100 年将增长一倍以上，达到 2 亿人。在 2014 年开展的人口与健康调查中，约 60% 的受访者认为埃及存在“人口问题”。

2014 年，埃及政府启动了一项国家人口与发展战略，旨在通过支持夫妇自主决定是否、何时或间隔多久生育来减缓人口增长。

开罗大学经济和政治科学学院的侯赛因·赛义德（Hussein Sayed）表示，他参与制定的这一国家战略完全是关乎权利，包括生殖权利。该战略的一个主要特点是，未满足的家庭计划需求到 2030 年要减少一半，特别是在农村和城市贫民窟，因为这些地区的服务很少，避孕方法的选择也有限。

**“两个孩子就够了。我们要给他们创造更好的生活。最重要的是让他们得到好的教育。”**

拉莎



该战略还解决了女孩的读写能力问题，让她们有机会工作。采取的措施包括向贫困家庭提供现金援助，条件是继续让他们的女儿上学。与此同时，政府将接受义务教育年龄延长至 18 岁。

而其他措施旨在促进经济增长、为穷人创造就业机会和生计。

妇女赋权、包容性的经济发展和提供家庭计划服务让个人和夫妇 / 情侣能够自主决定家庭规模。

### 为孩子们创造更好的生活

阿哈姆德（Ahmed）和拉莎（Rasha）相识于十年前，那时他们还是同事，阿哈姆德负责采购和物流，而拉莎负责数据录入。后

来他们去约会，很快就确定了关系。第二年，他们结了婚，并生下第一个孩子，穆罕默德（Mohamed）。

接下来，阿哈姆德继续工作，而拉莎辞职在家照顾他们的孩子。四年后，他们生下第二个孩子，拉加德（Raghad）。当时这对情侣在订婚时就决定只要两个孩子。拉莎说道：“两个孩子就够了。我们要给他们创造更好的生活。最重要的是让他们得到好的教育” ”

阿哈姆德说，他希望自己的孩子成为有礼貌、有良好道德和有教养的人。他说：“我希望他们拥有生活所需，将来会拥有更好的选择。”







# 殊途同归

有 33 个国家的生育率在近期出现下降，女性生育率约为 1.7~2.5 胎。这些国家包括阿拉伯国家、拉丁美洲、加勒比地区以及亚洲的国家，其中包括人口超过 13 亿的印度，以及人口仅有 260 万的卡塔尔。





© Paul Smith/Panos Pictures

这些国家既包括巴林等高收入国家，也包括尼泊尔等低收入国家以及中等收入国家（图 18）

这些国家不仅在地理和经济上各具特色，它们生育率的变迁史也大相径庭，个人和夫妻在行使其权利决定是否生育、生育时间以及生育间隔时所面临的挑战，也各不相同。

### 生育率变化趋势

在本章所涵盖的 33 个国家中，约有三分之一的国家，其生育率在 20 世纪 80 年代处于较高水平，但随后迅速下降至现有水平，即处于或大致处于生育更替水平。此类国家包括孟加拉国、萨尔瓦多、伊朗、墨西哥、尼泊尔、尼加拉瓜、秘鲁和几个阿拉伯国家。



## 生育率

每名妇女介于 **1.7至2.5** 的国家



本地图所显示的边界和名称并不等同于联合国官方认可之边界和名称。  
地图中虚线代表印度和巴基斯坦在查谟和克什米尔大致的实际控制线。  
查谟和克什米尔的最终地位尚未得到各方的认可。

还有些国家，其生育率开始下降的时间更早，一般始于 20 世纪 60 年代，而后持续下降至目前水平。此类国家主要包括巴西、智利等拉丁美洲国家，斯里兰卡、马来西亚等亚洲国家，以及土耳其、黎巴嫩等地中海沿岸国家。

印度和缅甸与其他国家不同，其生育率在 20 世纪 60 年代之后开始缓慢而稳步地下降。阿根廷和乌拉圭也与众不同，20 世纪 60 年代以前，其生育率比其他任何国家都要低。

孟加拉国、萨尔瓦多、尼泊尔、印度、缅甸和尼加拉瓜等国家的生育率变化也不寻常。尽管这些国家的人均收入低于其他生育率处于生育更替水平的国家，但其目前的生育率已接近生育更替水平。在世界上的其他地区，这种低生育率只能在较高的收入水平基础上实现。然而，这些国家和其他国家一样，也在人类发展方面取得了进展，主要体现为健康状况改善、教育程度提高和儿童死亡率下降。



© Joshua Cogan/PAHO

### 阿拉伯国家、其他亚洲地区及其他地区的生育率变迁

20 世纪 90 年代，伊朗、利比亚、尼泊尔和阿拉伯联合酋长国的生育率迅速下降。孟加拉国、印度尼西亚、科威特、黎巴嫩、斯里兰卡和突尼斯的生育率下降时间甚至更早。

在孟加拉国、印度、印度尼西亚、伊朗、土耳其等国家的婴儿和儿童死亡率大幅下降，

生育率因居住地（城市或农村）、收入、受教育水平，尤其是女性受教育水平不同而产生差异。



部分原因是卫生保健系统的覆盖面扩大、经济发展、贫困减少，以及接受小学和中学教育的女性人数增加（胡达（Khuda）等人，2001；阿巴西·莎瓦齐（Abbasi-Shavazi）等人，2009；詹姆斯（James），2011；胡勒（Hull），2012，2016；琼斯（Jones），2015；吉尔莫托（Guilmoto），2016；盖余赛（Yüce ahin）等人，2016）。在这些国家，婴儿和儿童死亡率的降低使得家庭人口规模缩小。这些国家还制定了强有力的国家家庭计划方案，有助于降低生育率（胡勒和胡勒，1997；阿沁（Akin），2007；阿巴西·莎瓦

齐等人，2009；海耶斯（Hayes），2012；琼斯，2015；胡达和巴卡特（Barkat），2015）。

其中特别值得一提的是印度。其全国总和生育率为平均每名女性生育 2.3 胎，但在北方邦、比哈尔邦和中央邦，妇女的生育率超过 3.0 胎，而在马特拉邦、西孟加拉邦以及最南部的四个邦，女性的生育率则低于生育更替水平。

这些生育率位于生育更替水平以下的邦的总人口，约占印度总人口的 50%（詹姆斯，2011）。在印度，很多地区的妇女生育率低





于生育更替水平，然而，还有大约一半的女性生育数量为 3.0 胎，甚至更多。（默罕迪（Mohanty）等人，2016）。2007 年，印度的城镇地区的生育率已经降至生育更替水平以下。

在印度，生育率差异与收入水平没有明显的关联，很可能受到多种因素影响。例如，在喀拉拉邦和泰米尔纳德邦，尽管其经济增长有限，生育率却大幅下降。这两个地区的性别不平等、经济不平等程度相对较低，而社会发展迅速（维莎莉亚（Visaria），2009；潘德（Pande）等人，2012）。印度

的邻国斯里兰卡，尽管其经济增长缓慢，生育率也出现下降（贾亚苏利耶（Jayasuriya），2014）。

本章所涵盖的国家，其生育率因居住地区（城市或农村地区）、收入水平、教育水平，尤其是女性受教育水平的不同而出现差异。相比至少受过中等教育的妇女，受教育程度较低的女性的生育率普遍较高（图 19）。在低生育率和教育关联性较低的国家，自愿的家庭计划方案已经实施多年，并已覆盖到人口的各个阶层。在有些国家，人工流产是导致生育率降低的原因。

图 19 生育率大致处于生育更替水平的国家 30~34 岁女性生育率，按教育水平统计的最新数据（高级中学教育=1.00）

国家	未接受教育	不完整的小学教育	完整的小学教育	初级中学教育	高级中学教育	后中学教育
巴林	3.08	1.70	1.53	0.86	1.00	1.09
孟加拉国	1.41	1.39	1.26	1.15	1.00	1.05
印度	2.18	1.50	1.54	1.37	1.00	1.25
印度尼西亚	1.06	1.15	1.18	1.12	1.00	1.14
伊朗	1.80	1.80	1.80	1.24	1.00	0.83
科威特	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.89
黎巴嫩	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.89
利比亚	2.12	1.69	1.45	1.26	1.00	1.03
马来西亚	1.26	1.24	1.20	1.03	1.00	0.82
缅甸	2.06	1.94	1.61	1.28	1.00	0.72
尼泊尔	2.06	1.74	1.39	0.99	1.00	0.96
卡塔尔	1.43	1.43	1.43	1.18	1.00	0.90
斯里兰卡	1.66	1.39	1.28	1.11	1.00	0.95
突尼斯	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.89
土耳其	2.55	1.70	1.50	1.02	1.00	0.76
阿拉伯联合酋长国	1.57	1.57	1.57	1.18	1.00	0.81
乌兹别克斯坦	1.11	1.11	1.11	1.09	1.00	0.81

资料来源：Lutz 等人，2014 年

## 受教育程度较低的女性，其生育率通常高于至少接受过中学教育的女性

在孟加拉国、印度、印度尼西亚和伊朗，向小家庭过渡有助于维护生育权利。例如，在伊朗，将生殖健康服务扩展到农村地区，提供更多的可供选择的避孕方法，能够使更多人自行决定怀孕的次数和时间。在孟加拉国，非政府组织在改善生殖健康和确保妇女有能力和方法来决定是否怀孕、何时怀孕以及怀孕间隔方面发挥了重要作用。20世纪90年代末，印度尼西亚推行以社区为基础的避孕节育服务，扩大了国家家庭计划项目的覆盖范围（胡勒和胡勒，1997）。尽管本章所论述的33个国家中的很多国家制定了强有力的国家家庭计划项目，许多个人和夫妻在获取服务方面仍面临障碍，其中的一个障碍是避孕方法的选择范围有限。

### 生育率与婚姻的作用

在一些南亚国家、阿拉伯国家，以及印度尼西亚、伊朗、土耳其等人口众多的国家，婚姻及结婚的时间对家庭规模影响巨大，因为在这些地区，很少出现婚外生育，生育通常始于婚后不久。



聚焦伊朗

“我们深知，自己想要一个孩子。”

萨拉（Sara），35岁





## 跨越重重 经济障碍，开启 幸福家庭生活。

© UNFPA/Reza Sayah

萨拉·格尔巴尼（Sara Ghorbani）说，儿子是自己一生中最大的快乐。但她记得那个时候，做母亲对她而言是一个遥远的梦想。

在嫁给丈夫福阿德（Fouad）两年后，伊朗经济陷入严重的停滞，通货膨胀、失业现象严重，福阿德失去了工作。

萨拉（Sara）是一名美容师，现年35岁，和丈夫住在首都德黑兰郊外的一套两居室公寓里。萨拉说：“起初，我反对生育，并坚持说，这很困难，因为我们无法确定是否能抚养一个孩子长大。”

但这对夫妻从未放弃过生育的梦想，并决定不再等待经济状况改善。



萨拉说：“我们心里都明白，我们想要一个孩子，而这种念头从未在脑海中消失过。”

“我们决定了，既然想要生育，我们就能够实现它。”

五年前，萨拉和福阿德当了父母，他们的儿子叫凯伦（Caren）。夫妻俩表示，抚养孩子是他们一生中最大的挑战，但他们从来没有像现在这样快乐过。

“当然，这很难，但它变成了习惯，”萨拉说，“就像上帝给了我们能量和耐力。”

“我看着凯伦，看着他成长，我真的很享受这一切。”福阿德说，“我想趁着自己还不算太老，要一个孩子，所以我从来没有后悔过。”

萨拉和福阿德都很高兴当初决定生下这个孩子。如果他们愿意继续生育，政府也会很高兴。因为在过去的三十年里，伊朗已婚夫妇所生的孩子越来越少，分析人士称，这一趋势威胁着伊朗的经济发展。

阿里·雷纳·马兰迪（Ali Reza Marandi）博士是一名儿科教授，也是伊朗前卫生部长，



伊朗

已婚夫妇生育

子女数日益减少，

分析人士称

将影响国家

经济发展

他表示：“这让我们非常担忧，低生育率会给一个国家的未来带来严重损害。”

20世纪80年代，伊朗面临的问题则完全不同。人口专家称，那时候已婚夫妇生育子女过多。

马兰迪领导的旨在降低伊朗生育率的家庭生育运动非常成功。起初，伊朗的生育率为每名妇女生育将近7胎，为伊朗有生育率记录以来的最高水平。在政府资助的家庭计划运动中，2003年，家庭规模从平均每个家庭7个子女减少到不到2个子女。

如今，伊朗的总和生育率为每名女性生育2.01胎，略低于公认的维持人口稳定的2.1胎。

马兰迪表示，未来的经济增长依赖于夫妻多生育。否则，可能没有足够的年轻劳动力进入市场，或为老年人提供服务做出贡献。

马兰迪指出：“经济发展需要的是青年人。如果青年人继续减少，老年人继续增长，伊朗可能会在几年内到达一个阶段，那时我们将无法养活和照顾老人。”

2014年，伊朗政府发起了一项宣传活动，敦促年轻夫妇多生育子女。在德黑兰各处张贴的户外广告牌上写着：孩子越多，生活越快乐。”伊朗最高领袖号召伊朗人民生育“四个或五个孩子”，为国家的发展做贡献。

自这项宣传活动以来，伊朗的总和生育率略有上升，但分析人士和政府官员表示，他们仍然面临挑战。

许多年轻的伊朗女性推迟结婚的计划，以便接受教育。越来越多的男性称自己结不起婚，并正在等待经济状况的改善。

很多已婚的伊朗人选择追求事业发展而不是生育子女。

为抚养儿子，萨拉和福阿德都从事着全职工作，虽然仍然担心伊朗经济的未来，但他们说自己已经证明了，即使在大环境不理想的时候，也可以结婚生子，过着幸福的生活。

“我认为，只要你渴望某件事，就一定能实现它。重要的是你首先必须有意愿。”莎拉说。

“事实上，有自己的孩子是一件美妙的事情，它消除了一整天的烦扰。”

尽管这些国家的平均结婚年龄一直在提升，童婚现象仍然很普遍，尤其是在孟加拉国、印度、印度尼西亚和尼泊尔（图 20）。童婚违反了《消除对妇女一切形式歧视公约》，侵犯了公约规定的妇女权利，而上述四个国家已承诺要实现这一公约所规定的妇女权利。

在这些国家，意外怀孕导致高生育率。如果通过增加避孕手段减少意外怀孕，妇女平均生育率将会下降 0.5 胎以上（图 21）。

20 世纪 90 年代中期以来，孟加拉国的非意愿和意愿生育都在稳步下降。总体来看，这反映出人们少生子女的愿望，以及政策、服务的影响促使个人和夫妻能够自主地决定家庭规模。在尼泊尔，非意愿和意愿生育亦均有所下降。

2005—2015 年，印度的非意愿生育率急剧下降，从 0.8 胎减少到 0.4 胎。这反映出夫妇能够采取避孕措施，并生育他们所希望的子女数量。1987—2015 年，印度尼西亚的非意愿和意愿生育率几乎没有下降。这表明该国的理想的家庭规模几乎没有变化，家庭计划项目使夫妇能够拥有他们所希望的子女的数量。

图 20 各国的平均初婚年龄以及15-19岁和30-34岁已婚人士的比例

国家	女性的平均初婚年龄	年份	已婚或曾结过婚的女性比例 (%)	
			15~19岁	30~34岁
孟加拉国	19.2	2012	35.5	99.2
印度	20.7	2011	21.5	97.3
印度尼西亚	21.8	2012	13.3	95.5
伊朗	23.5	2011	21.4	84.5
科威特	27.5	2005	5.0	67.3
马来西亚	25.7	2010	4.1	82.1
缅甸	23.6	2014	13.0	79.2
尼泊尔	20.7	2014	24.5	97.1
斯里兰卡	23.6	2006	9.2	89.2
突尼斯	28.5	2012	1.3	66.3
土耳其	24.2	2013	6.7	88.0
阿拉伯联合酋长国	25.3	2005	6.8	85.3
乌兹别克斯坦	22.4	2002	5.1	98.2

资料来源：联合国（2017年）



图 21 总生育率接近生育更替水平的国家的非意愿和意愿生育率

国家	总和生育率	意愿生育率	非意愿生育率	年份 (最新的人口和健康调查)
阿塞拜疆	2.0	1.8	0.2	2006
孟加拉国	2.3	1.7	0.6	2014
印度	2.2	1.8	0.4	2015/2016
印度尼西亚	2.6	2.2	0.4	2012
缅甸	2.3	2.0	0.3	2016
尼泊尔	2.3	1.7	0.6	2016
土耳其	2.2	1.6	0.6	2003

© xavierarnau/Getty Images



## 拉丁美洲和加勒比地区的生育率变化

自 20 世纪 50 年代以来，拉丁美洲和加勒比地区的人口结构发生了急剧的变化。该地区大多数国家的人口结构转型较为先进，具有低婴儿死亡率以及位于更替水平的生育率，而这是在 40 年甚至更短的时间内实现的。在此之前，该地区有些国家的生育率为平均每名女性生育 6 胎。因此，许多老年女性的生育史与她们进入生育期的女儿们大不相同。

占该地区人口 85% 的拉丁美洲的 12 个国家的女性平均生育率为 1.8~2.5 胎。。

这些国家有着共同的殖民史、语言、宗教和政治制度。这些国家经济发展的主要推

动力是农产品、矿产品以及化石燃料的出口。这些国家仍在努力为所有人群提供优质的教育和卫生服务，包括生殖健康服务。

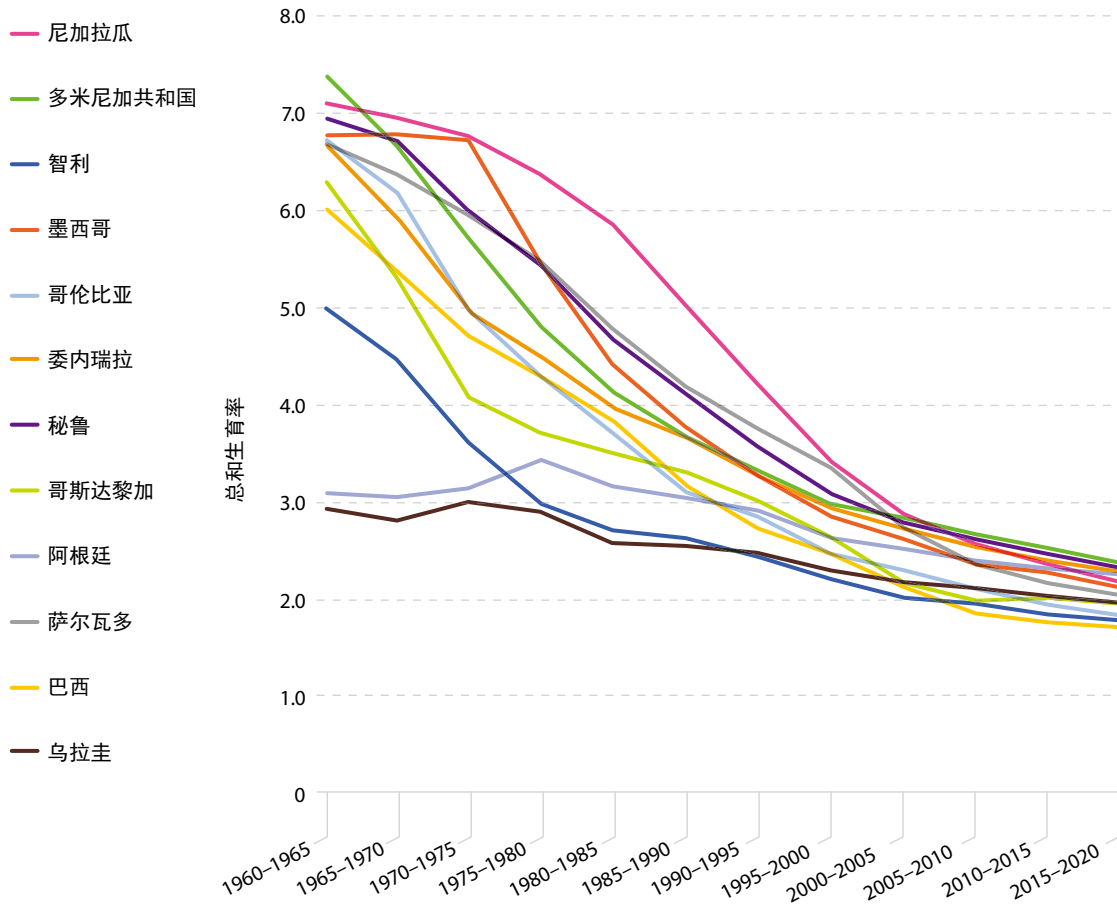
这些国家已经高度城市化，有五分之四以上的人口居住在城市。人均预期寿命达到 75.2 岁，婴儿死亡率为 16.6 每千活产，60 岁以上的人口比例越来越高。

这些国家种族呈现多样化特征，有的国家居住着大量土著居民，还有的国家则居住着非洲后裔。

虽然这些国家的生育率转变的途径相似，但初始水平、时间和速度各不相同（图 22）。例如，20 世纪 60 年代，阿根廷和乌



图 22 1960-2020年12个拉美和加勒比国家实际和预期总和生育率



资料来源：联合国(2017年)

拉圭的生育率相对较低，而且在 80 年代也基本保持这一水平。巴西、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、多米尼加共和国、委内瑞拉等国，在 20 世纪 60 年代经历了生育率的快速下降，而后下降速度放缓。其他国家，诸如萨尔瓦多、墨西哥、尼加拉瓜、秘鲁等，生育率在 20 世纪 60 年代几乎没有下降，却在 20 年后迅速下降。

生育率因居住地和教育程度而异（图 23）。例如，在巴西，至少接受过中等教育的女性的生育数量为 1 胎，而受教育程度最低的女性的生育数量约为 3 胎。在拉丁美洲的其他地方，受教育程度和子女数量有着类似关系，许多受教育程度最高的人甚至选择不生育（罗赛罗·比克斯比（Rosero-Bixby）等人，2009）。



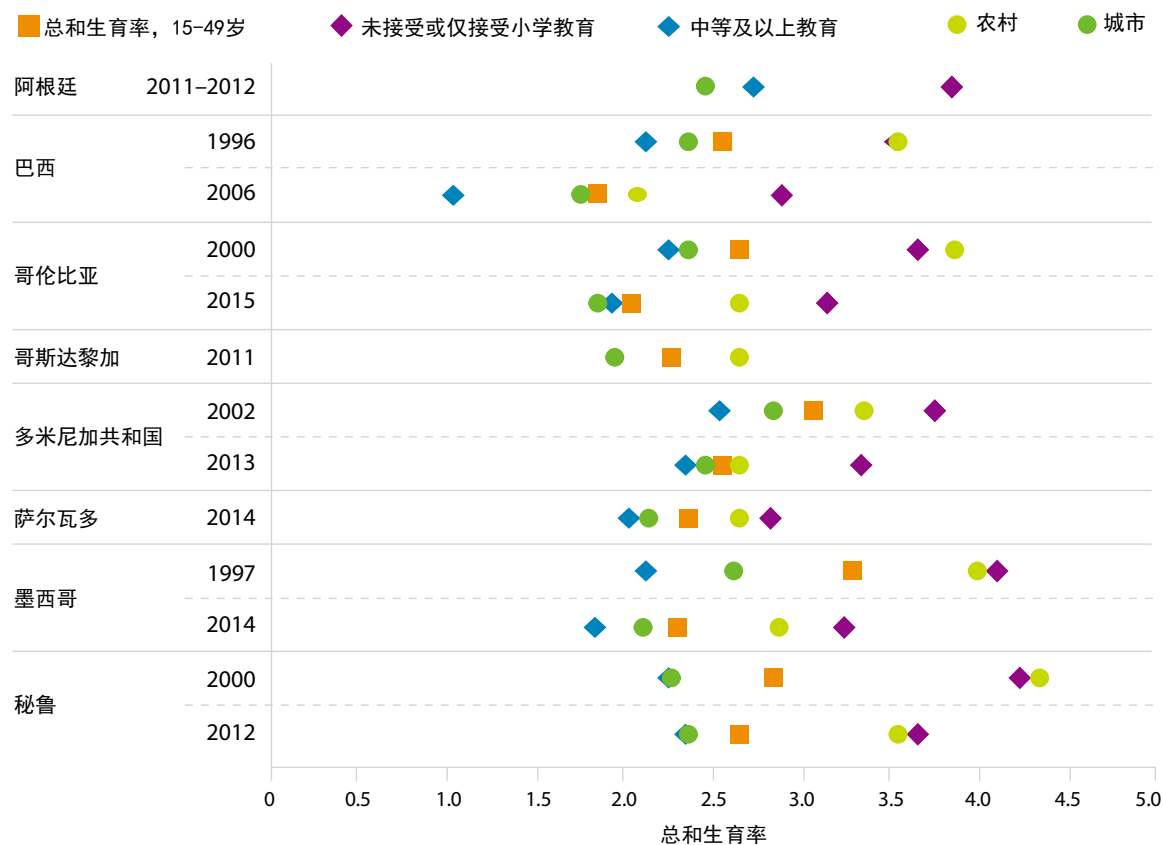


© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

本章所涵盖的 12 个拉丁美洲和加勒比国家中，15~19 岁的青少年和 20~24 岁的青年人的生育率，高于具有近似总和生育率的世界其他地区相同年龄段人群的生育率（图 24）。此外，拉丁美洲国家的青少年生育率高于其他国家青少年的生育率（罗德里格斯（Rodriguez）和卡夫纳吉（Cavenaghi），2014）。

在这 12 个国家，女性在第一次性行为后不久便开始生育，男女的结合一般发生在怀孕前后，而怀孕通常属于意外。因为许多女性很早便有了第一个孩子，而大多数女性更喜欢小的家庭规模，所以通常的生育模式就是尽早结

图 23 拉丁美洲国家城市和农村地区的总和生育率,按教育水平统计



资料来源: DHS, USAID (2018年), 不包括巴西2006年数据(国家人口和健康调查)

束生育。但要做到这一点，需要在很长一段时间内做到成功避孕。早孕导致许多贫困妇女放弃接受高等教育，而这可能会让她们失去从事高收入职业的机会，从而延续甚至加剧贫困。

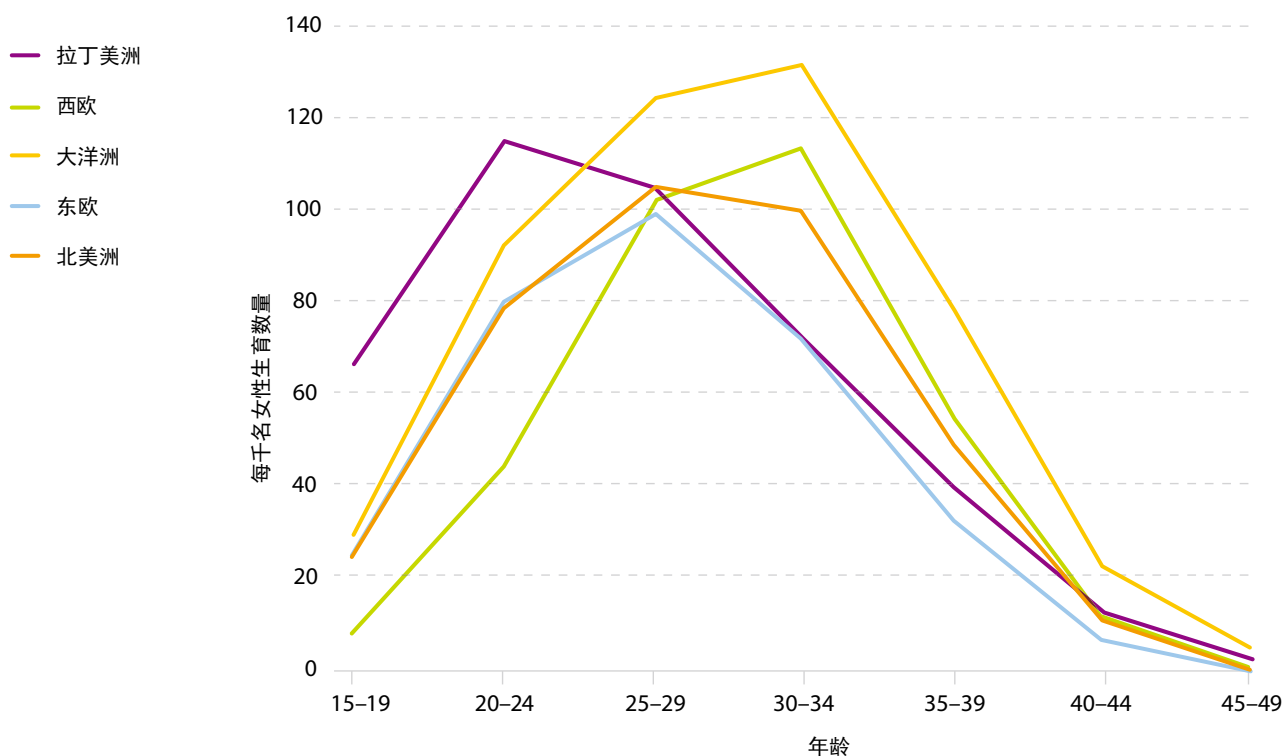
### 青睐于小家庭模式

20 世纪 60 年代，各国政府普遍认为，高生育率和人口增长不会带来任何负面影响。有些国家把人口增长当作是一种占领和扩张领土的方式，甚至有人说道：“带无家可归之人，到无人之地上去。”（阿尔维斯（Alves）和玛蒂娜（Martine），2017）

尽管有些政府希望夫妻多生育子女，但个人通常想少生。20 世纪 60 年代，拉丁美洲和加勒比地区的生育率是每个妇女生育 6 个子女，那时候，人们便开始青睐小家庭模式（拉丁美洲人口中心，基督教家庭服务中心，1972；西蒙斯（Simmons）等人，1979；罗德里格斯等人，2017）。

20 世纪 70 年代，一些拉丁美洲国家进行的研究表明，当时的生育率是平均每个妇女生育 5 个子女，但理想的生育率大约是 4 个（联合国，1987）。在其他国家，许多妇女在生完二胎或第三胎之后，便不想再继续生育（拉丁美洲经济委员会，1992）。研

图 24 2010-2015年各区域各年龄段的生育率



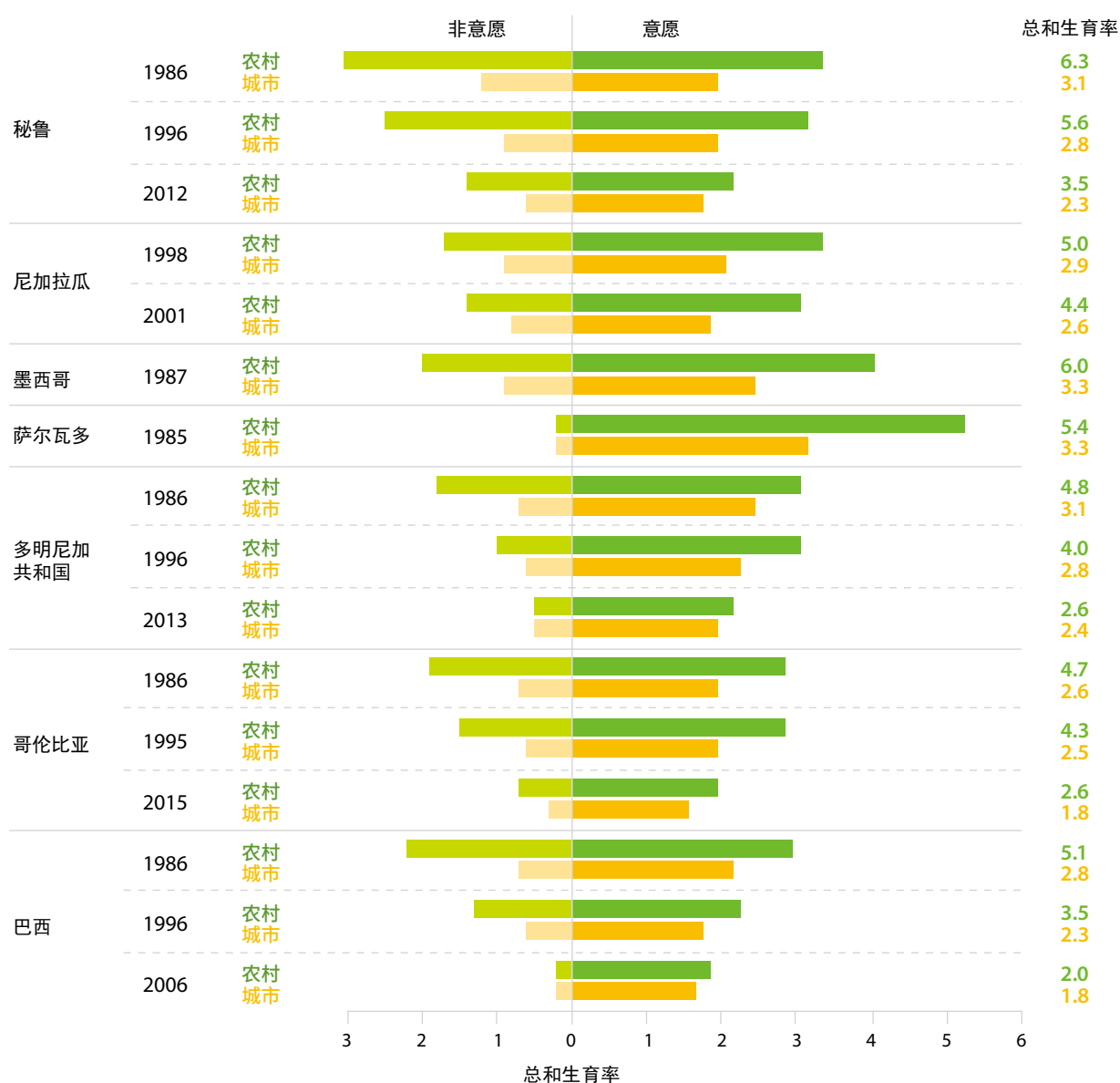
资料来源：联合国（2017年）

究表明，在许多情况下，妇女所生育的子女数量比她们想要的多，主要是农村地区的妇女（图 25）。贫困妇女、农村妇女，或者土著社区的妇女，也更青睐小家庭模式，但缺乏避孕或推迟怀孕的知识、权利和手段（米罗（Miró）和波特（Potter），1980；维尔蒂·

查内斯（Welti Chanes），2006；罗德里格斯-维格诺利和卡夫纳吉，2017）。

近期的数据显示，尽管拉丁美洲和加勒比地区约 50% 的新生儿的出生属于意愿生育，但是有些孩子却是出生后才得到父母的喜爱，

图 25 拉美和加勒比国家城市和农村的非意愿和意愿生育率



资料来源: DHS, USAID (2018年), 不包括巴西2006年的数据(国家人口和健康调查)



另外还有一些则完全是非意愿的。这意味着，很多女性怀孕都属于意外，是计划之外的（图 26），而且许多个人和夫妇不能够行使权利，来自由决定怀孕的次数和时间。

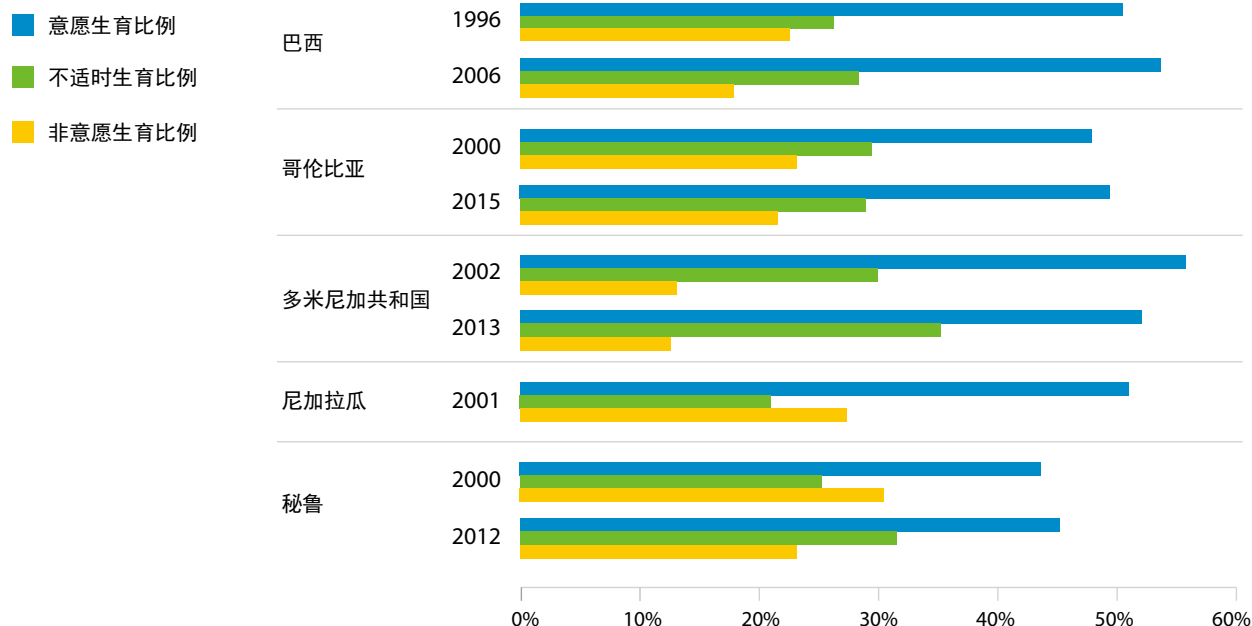
与此同时，该地区的妇女对抚养子女所承担的责任通常过于沉重。性别不平等以及有限的儿童保育服务，意味着女性若想要在工作的时候生育，就只能选择低薪的兼职工作，而不是在高收入领域从事全职工作。对一些人来说，机会成本过高，只能选择放弃生育。缺乏可负担的辅助生殖技术，如体外受精，是一些妇女在实现生育目标时面临的另一个障碍。

## 能力与方法

起初，一些政府反对家庭计划项目，并与宗教机构联手阻止家庭计划的实施（陶彻（Taucher），1979）。此外，在 1994 年国际人口与发展会议召开之前，一些女权主义团体反对该地区的家庭计划项目，认为推广避孕措施是一种控制女性身体、违背女性意愿的手段（阿尔维斯和科雷亚（Correa），2003）。

1959 年，墨西哥成为这 12 个国家中第一个开始施行家庭计划的国家。在接下来的三年里，智利、洪都拉斯、乌拉圭和委内瑞拉也引进了家庭计划项目。1968 年，尼加拉瓜和秘鲁也紧随其后。

图 26 5个国家意愿、非意愿或不适时生育比例



资料来源：DHS, USAID (2018年)，除去巴西2006年的数据(国家人口和健康调查)

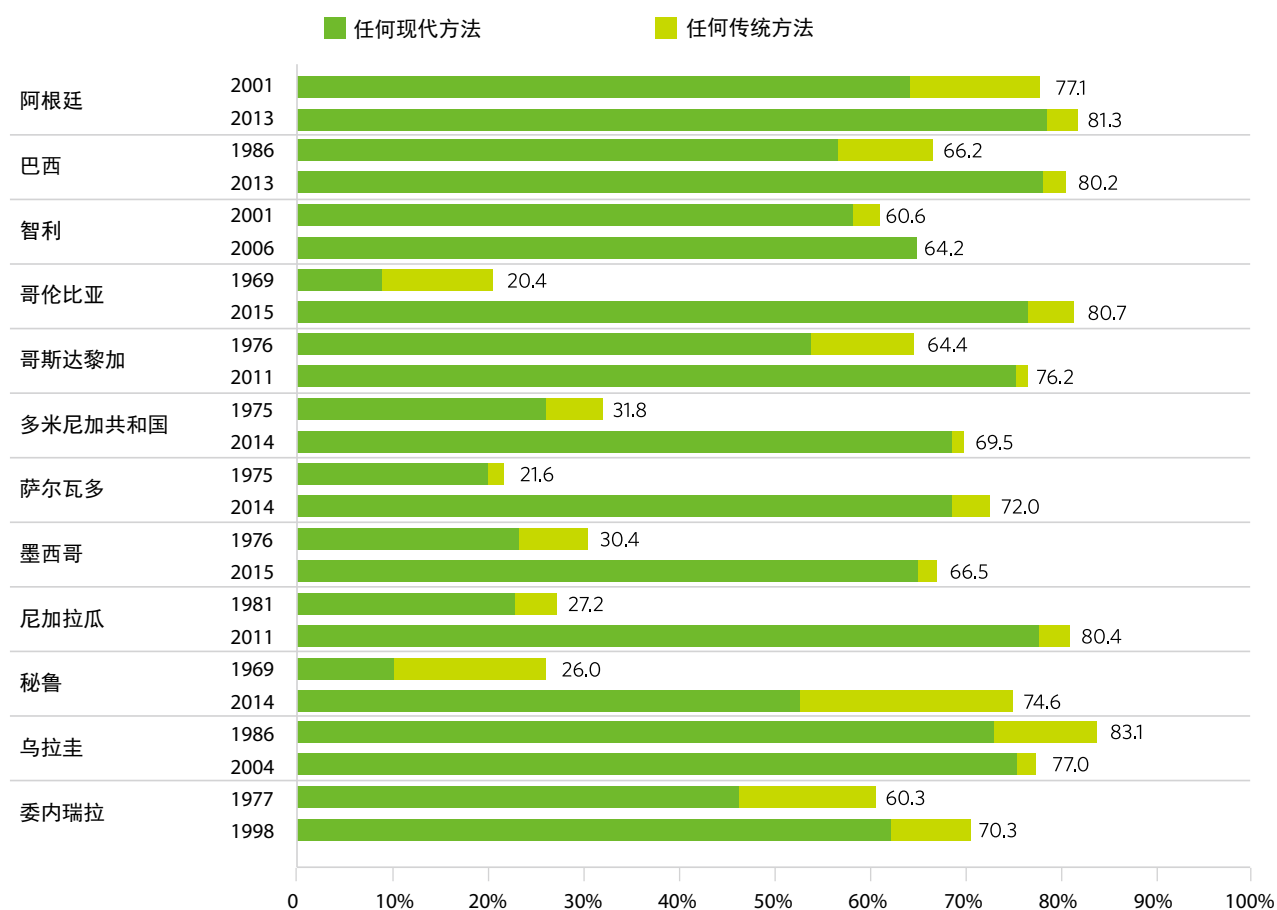
多年来，尽管有些国家一直反对政府主导的家庭计划，但避孕用具已广泛使用，并且可以通过私营机构获取（图 27）。在智利、墨西哥和秘鲁等国家，国家家庭计划项目也提供避孕措施。

早在 20 世纪 60 年代之前，阿根廷和乌拉圭就已普遍采用避孕措施，从而使得在过去 50 年里两国的生育率相对较低（马丁内斯·阿利耶（Martinez-Alier）和马斯娟（Masjuan），

2004）。在早期，阿根廷和乌拉圭妇女主要依靠安全套等屏障避孕措施，也有很多妇女经常选择不安全的人工流产，两者的比例分别为 37% 和 25%。因意外怀孕而选择人工流产往往是不坚持或不采取避孕措施的结果（拉丁美洲经济委员会，1992）。

家庭计划项目并没有降低该地区的生育率，却加快了生育率已经处于下降阶段的最富有阶层的生育率下降的速度。如果女性没

图 27 12个国家已婚或有过性行为的妇女现代和传统避孕方法的普及率(估计数据)



资料来源: DHS, USAID (2018年)

有希望少生育子女的强烈愿望，生育率将会保持更长时间不下降，即使下降，速度也会慢得多（玛蒂娜等人，2013）。

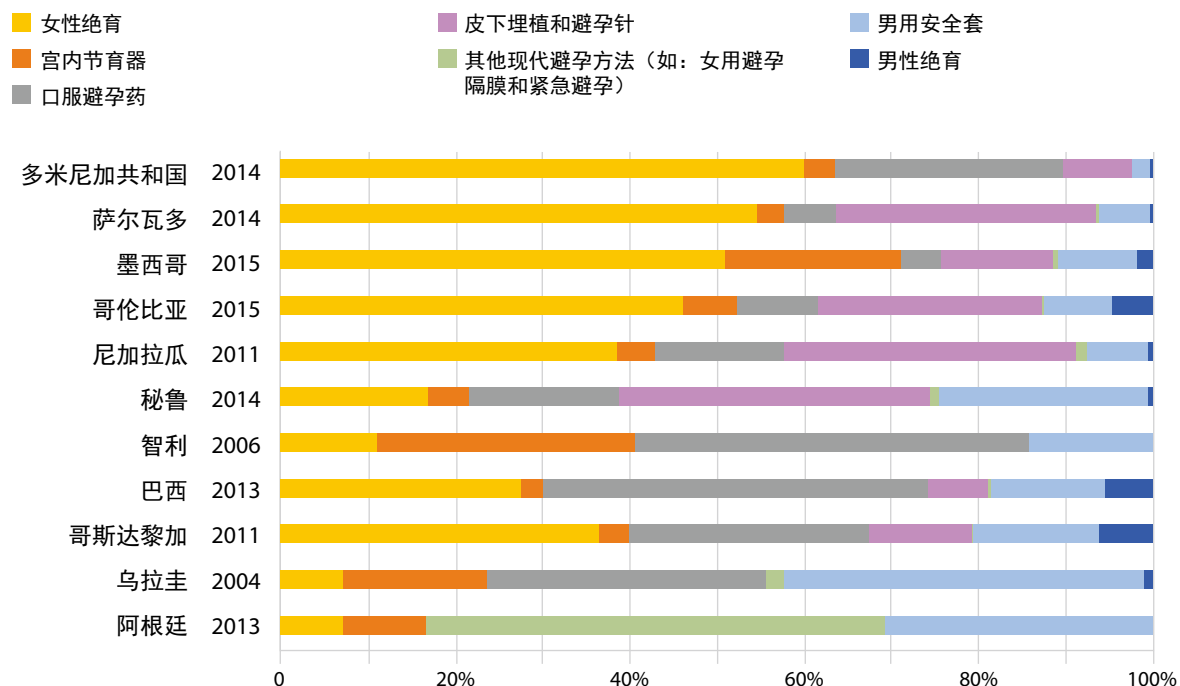
### 理想家庭规模面临的困难

目前，现代避孕方式在该地区盛行，当然，这些现代避孕方式也只是避孕措施的一部分，虽然有些避孕方法得以推广，但并不是全部，也不是所有国家都在使用这些方法。秘鲁尚有三分之一的女性在使用传统避孕方法。（图 28）。一般而言，每个国家最多只会选择 2~3 种避孕方法。有的女性和男性不能使用自己喜欢的方法，或者对避孕方法不了解，便可能就会选择不适合自身的方法，

甚至索性不进行避孕，从而导致其意外怀孕风险增高。

随着一些拉丁美洲国家人均收入的增加，国际发展援助逐渐减少，导致国家家庭计划项目资金减少。尽管各项国家性的家庭计划项目资金减少，高收入家庭的妇女仍然可以通过私营机构获取避孕药具，而贫困妇女则不得不采取一切可能的避孕方法，或者干脆放弃避孕。对于刚刚在公立医疗机构接受剖腹产手术的妇女，巴西等国向其提供某些特定的避孕措施，比如绝育。在拉丁美洲的大部分地区，宫内节育器尚未普及，因为公诊所不提供，而私人诊所的医生也普遍不推荐使用。

图 28 11个国家已婚或有性行为的育龄妇女所使用的避孕方法的最新数据



资料来源: 联合国 (2017年)



青少年在避孕方面通常也是障碍重重，这导致青少年怀孕率上升，而全面性教育尚不普及，更是加剧了这一现象。全面性教育往往涉及与年龄段相适合的生殖信息以及更广泛的社会性别和权利问题。过早发生性行为、无保护的性行为、高避孕失败率和早婚也导致了该地区青少年生育率的居高不下（罗德里格斯 - 维格诺利，2017）。

家庭越贫困，青少年怀孕的现象越普遍。但这可能主要是因为其避孕需求未得到满足，而非想早生育。富裕家庭的女孩了解性和生殖健康知识，更容易获取避孕服务。尽管是非合法的，她们甚至还能获取安全的人工流产服务（罗德里格斯 - 维格诺利和卡夫纳吉，2017）。在一些国家，无论贫富，未成年人采取紧急避孕措施的机会有限，可能需要父母的许可，才能获取现代的避孕方法（如口服避孕药）。

### 低生育率和未来发展

本章所涵盖的国家，其生育率迅速下降到低于或接近生育更替水平，这也意味着其将面临新的挑战。例如，人口老龄化是这些国家共同面临的挑战。各国政府已经开始探索或实施一些政策，以帮助经济、卫生系统和劳动力适应日益严峻的老龄化。

对一些国家而言，生育率逐年下降是一个挑战，因为这意味进入劳动力市场的年轻人越来越少。同时，这也是一次机遇，可以在科学、技术、工程、数学等教育领域进行投资，以便更好地帮助年轻劳动力，促进新的全球经济发展。

对这些国家而言，面临的主要挑战仍然是如何让人们能够有效地实现其生殖权利。意外怀孕数量巨大，虽然大多数地方都有避孕措施，但可选择的方法有限。无论是法律还是现实，通常都将未婚青年人排除在避孕节育服务之外，数以百万计的怀孕还是以人工流产告终，其中很多都是不安全的，危及妇女的健康和生命。

了解信息、拥有权力并采取手段来自由决定生育的数量、时间和生育间隔是一项权利，这种权利会影响到家庭规模和生育率，维护生殖权利本身就很有意义，它还可以释放其他权利，使国家能够推进社会和经济发展。

在青年人口众多的国家，例如在一些阿拉伯和亚洲国家，赋予个人和夫妻选择的权利，实现他们少生育或晚生育的愿望，会引发人口结构的变化，带来人口红利，从而加速经济发展、减少贫困。

确保所有群体都能平等地获得性和生殖健康服务，也有助于缓解拉丁美洲和世界其他许多地区的经济不平衡现状（联合国人口基金，2017）。



历经三代人，家庭规模  
从多个孩子  
降至两个。

聚焦巴西

“助产士来的时候，  
我的孩子已经出生  
了。”

特丽莎（Tereza），87岁

特丽莎·格雷亚·德·梅洛（Tereza Correia de Melo）出生于在米纳斯吉拉斯州的小镇 Santa Maria do Suaçuí，她在那里长大，于 1949 年结婚，结婚时才 18 岁，婚后不久便怀孕了。她注意到了自己身体的变化，却不明白到底发生了什么。特丽莎现年 87 岁，她说道：“我甚至不知道和男人睡在一起，就会有孩子。”

那时候，小镇没有提供任何服务来帮助她作出关于避孕和怀孕的决策。特丽莎一生中怀孕 22 次，生育 15 个子女，有 7 次流产，其中 14 次分娩都是在家里进行的。

特丽莎说：“有时候我是一个人在家，当助产士来到的时候，孩子已经出生了。”

只有第 15 次分娩是在医院里。医院位于圣保罗附近的一个农村地区，她把家搬到了那个地方。在那里，特丽莎第一次见到了医生，并学会了避孕。尽管医生认为已经 46 岁的特丽莎没必要再避孕了，但特丽莎不想冒险，第二年就进行了绝育手术。

特丽莎的女儿玛格丽特·罗德里格斯·德·奥利维拉（Margarete Rodrigues de Barros Oliveira）现年 45 岁，她表示，母亲怀孕了那么多次，使得她想要为自己的生育负责。玛格丽特的姐姐也生了很多计划之外的孩子，玛格丽特说：“她是一个非常可怜的单亲妈妈，有 6 个孩子，我只是不希望自己也那样。”

为了防止意外怀孕，格丽特和丈夫使用了从当地健康中心获取的安全套。玛格丽特是一名护理助理，在健康中心工作。在那里，玛格丽特不仅学会了避孕，还学会了防止性病的传播和感染。

玛格丽特从护理学校毕业的时候已经 32 岁了。那年，她和丈夫决定组建自己的家庭。“我计算了适合生育的时间后，我们发生了性关系，10 天后，我便知道自己怀孕了。”，他们决定在 7 年后生育第二个孩子，然后就再也不生育了。夫妻俩想为孩子提供最好的生活。玛格丽特开始服用避孕药，而后换成

了注射避孕药，后来又换成了宫内节育器。“但我们仍然使用安全套，只是为了万无一失。”她说道。

现年 38 岁的艾瑞莎·伊恩斯·费雷拉·贝托（Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento）也决定只想要两个孩子。艾瑞莎出生在圣保罗，两次怀孕都在她的计划内，而首次怀孕则是结婚五年来第一次怀孕。她停止服用避孕药，计算出排卵期，并在一个月内存怀上了孩子。

**“关于生育子女，我们总是会去考虑经济条件。”**

**艾瑞莎·伊恩斯·费雷拉·贝托**

**（Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento），**

**38 岁，巴西**



怀孕期间，艾瑞莎继续在社区的市政厅从事公共政策相关工作。女儿出生不久后，她和丈夫决定生第二个孩子。艾瑞莎表示：“关于生育，我们一直都在考虑经济问题，我们只负担得起两个孩子，所以我丈夫雷金纳多（Reginaldo）做了输精管结扎。”

“我不记得母亲跟我谈过性问题。”艾瑞莎表示，她是通过读书了解怀孕和避孕的，还和朋友、卫生保健提供者交谈。

艾瑞莎的母亲安吉拉·玛丽亚·达里奥·费雷拉 (Angela Maria Dario Ferreira)，现年 64 岁，她证实，自己从未和女儿谈论过与性相关的问题。她说自己的母亲也从来没有和她谈过这件事。在不了解性和怀孕有关知识的情况下，她在 1972 年第一次怀孕，那时，她年仅 18 岁，单身，还在上学。高中毕业后，她又怀孕了不止三次，距离她第一次怀孕才两年。她在现在工作的医院了解并采取了避孕措施，便再也没有怀孕过。

© UNFPA/Debora Klempous





# 为成为父母 创造条件

多年来（甚至几十年来），全球有 53 个国家和地区生育率一直低于生育更替水平——平均每名妇女生育不到 2.1 胎。（图 29、30）其中，中国台湾地区目前的生育率全球最低：平均每名妇女生育 1.1 胎。





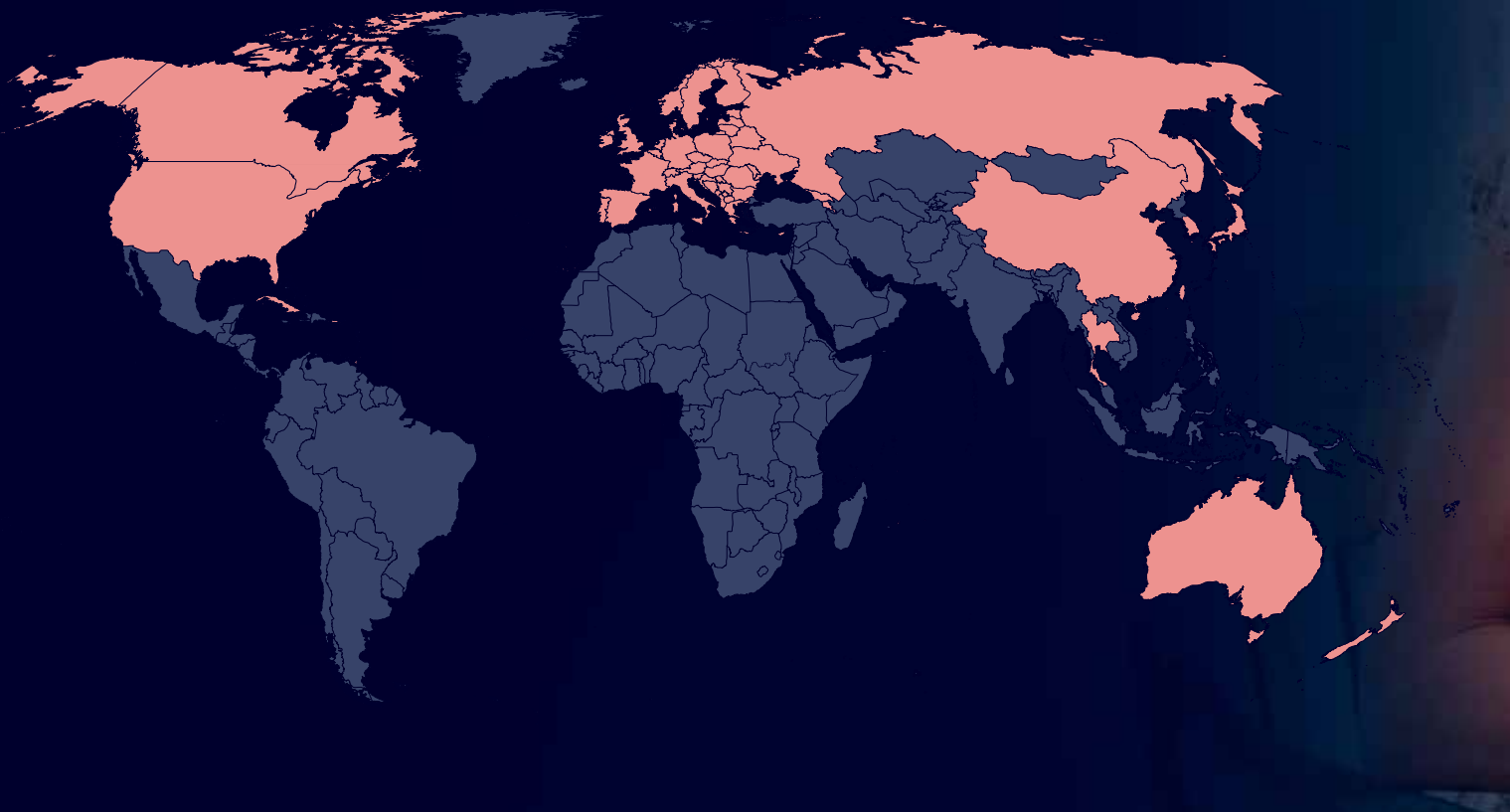
© 埃里科·古加 (Eriko Koga) / 盖蒂图片社

这些国家和地区的低生育率现象通常与教育程度的提高和对妇女平等权利的更多关注息息相关。例如，在一些收入水平高生育率却很低的国家，一半以上的年轻人接受过大学教育。如今，经济合作与发展组织(OECD)成员国中的发达国家，年龄在25~34岁之间接受高等教育的女性人数已经超过了男性。(经济合作与发展组织，2017)

这些国家和地区家庭规模从大到小的转变，使父母能够在子女的健康、技能和福祉方面投入更多的时间和资源，也增强了女性完成学业、进入劳动力队伍和实现职业生涯发展的能力，在此之后，女性才考虑组建家庭。因此，这一转变使女性能够在经济上独立(戈尔德丁(Goldin)，2006)。



# 生育率 每名妇女低于 2.1



低生育率清楚地表明，女性或男性个人以及夫妇都能够进行有效的避孕，并且设定生育间隔，但这也说明人们在组建家庭或计划生育下一个孩子时仍然面临着困难。因此，低生育率国家的女性表示，她们的子女数量并不像她们所希望的那样多。组建或扩大家

庭的障碍包括经济、住房和劳动力市场的限制，以及缺乏能兼顾事业和家庭生活的选择。

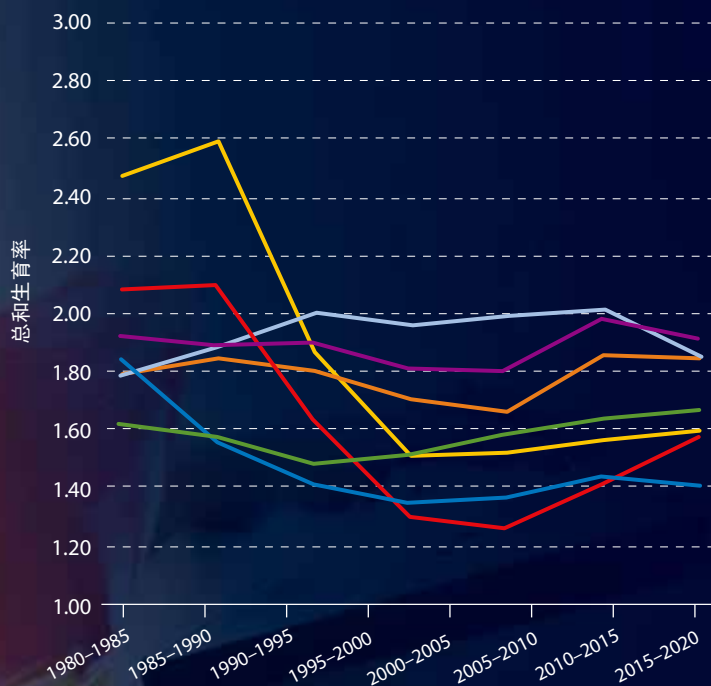
低生育率国家面临的挑战包括老年人在其总人口中所占的比例越来越大，相应的医疗保健费用随之更高，劳动力不断减少，以



图 30

### 1980—2020年53个低生育率国家和地区的总和生育率

- 东亚（包括中国）
- 西欧
- 澳大利亚和新西兰
- 东欧
- 北欧
- 南欧
- 北美



资料来源：联合国 (United Nations) (2017)

© 艾玛·因科琴蒂 (Emma Innocenti) / 盖蒂图片社

及经济发展更加疲软。一些欧洲和东亚国家将低生育率视为对其经济安全的威胁，正计划通过一些支持选择生育更多子女家庭的政策扭转这一趋势。还有一些东欧和东南欧的国家认为低生育率和较小的人口规模是对国家安全的威胁。

三分之二以上的发达国家政府认为本国生育率过低，正在推行提高生育率的相关政策（联合国，2015）。一些国家针对人口减少采取了吸引移民的政策，特别是吸引能够填补劳动力缺口的年轻人。

在这些国家和地区中，大多数国家和地区尊重生殖权利是导致其生育率下降的原因之一，但消除生殖权利方面的遗留障碍，可能使更多的人能够拥有他们想要的子女数。

## 趋势

许多欧洲国家的生育率下降始于 19 世纪末。到 20 世纪 70 年代，澳大利亚、日本以及欧洲和北美所有高度发达的国家的生育率都出现了转变。中国的生育率在 20 世纪 70 年代急剧下降，这是因为中国推行鼓励推迟生育和减少生育频率的相关政策，以及在 1979 年实行计划生育政策，该政策限定一般一对夫妇生育一个孩子。古巴、韩国和泰国等国家在 20 世纪 80—90 年代进入了生育率低于生育更替水平的国家的行列。大约在同一时间，低生育率的南欧、东欧和中欧国家的总和生育率甚至出现了进一步的下降，有时低至每名妇女生育 1.3 胎，而且几十年来一直保持在这一水平（科勒（Kohler）等人，2002；戈尔茨坦（Goldstein）等人，2009）。世界上生育率最低的两个国家或地区位于东亚和东南亚。20 世纪 90 年代和 21 世纪初，中国最大城市的生育率低至 0.8（郭（Guo）和顾（Gu），2014）。

本章所涵盖的低生育率国家的生育率存在很大的差异。一些研究表明，大多数发达国家之间的生育率出现了长期的“巨大差异”（麦克唐纳（McDonald），2006；兰福斯（Rindfuss）等人，2016；比拉里（Billari），2018）。从图 31 中，可以明显看出生育率较低（1.7~2.2）的国家和地区与生育率极低（1.6 或更低）的国家和地区之间的差异是明显的，图 31 同时使用总和生育率和队列终身生育率（见本章后面方框）作为生育率的简要衡量标准。



聚焦白罗斯

**“其实我们最终想要  
两个或三个孩子，但  
现在还不行。”**

奥尔加，30 岁





## 旨在消除 生育障碍的 家庭友好政策

© 联合国人口基金 (UNFPA) / 伊戈尔·杜布罗夫斯基 (Egor Dubrovsky)

“其实我们最终想要两个或三个孩子，但现在还不行。”奥尔加 (Olga) 说道。当时是 4 月下旬，她和丈夫安德烈 (Andrey) 正带着他们 3 岁的女儿尤丽亚 (Yulia) 在明斯克公园散步。

“这套公寓是和安德烈的父母合租的，太小了，住不下一个更大的家庭。”奥尔加

解释说，“我认为，如果每个孩子都有自己的房间，那就太好了。”接着她又说道，“可惜我们买不起。”

30 岁的奥尔加和 35 岁的安德烈并不是和白罗斯首都的其他夫妇不同，他们想要两个或更多的孩子，但由于经济原因最终只能生一个或两个。他们一个月的工资大约是

430 美元。然而，一个四口之家的生活费用约为每月 1600 美元，这还不包括房租或儿童保育费用。

奥尔加在一家国有医疗用品公司从事采购工作，安德烈经营着一个舞蹈团。尽管夫妻俩都有收入，但还是入不敷出。

### 减轻财政负担

2002 年，政府发起了一项“人口安全方案”，以减轻建立或扩大家庭的财政负担，扭转全国人口总数下降的趋势。白罗斯的家庭小规模趋势始于几十年前。20 世纪 80 年代初，平均每名妇女生育 2.1 个子女，足以维持人口规模不变。但如今，平均每名妇女生育 1.7 个子女。有政府官员认为，人口减少对社会安全网的财务健康、经济实力和劳动力市场都是一种风险。

根据 2002 年提出的方案，政府向即将生育子女的夫妇提供经济资助。当奥尔加这样的妇女怀孕并到公共卫生诊所进行免费产前检查时，她可以得到大约 100 美元的资助。当她生孩子时，她还可以得到大约 1000 美元的额外资助。全薪产假从女性分娩前两个月开始，延长至分娩后两个月。从那时起，政府每月发放约 150 美元的家庭津贴，可供母亲或父亲享受长达三年的育儿假。

同时，生育子女的夫妇还可以获得住房援助。但是，政府会优先考虑已经有至少三个孩子的家庭进行资助。

该方案为奥尔加和安德烈这样的夫妇组建家庭提供了一定的帮助，但并没有完全消除在他们想要建立更大规模家庭的道路上的所有障碍。





虽然现在有三分之二的年轻人说他们想要两个孩子，但现实是，只有一个孩子的家庭数量正在迅速增加。造成这种差异的一个重要原因是经济困难。

2016年，政府开展了一项全国调查，以探讨性别不平等如何阻碍人们生育他们想要的子女数。调查结果表明，采取措施减轻妇女对家务劳动的过度责任使妇女能够平衡家庭和工作；提供更多免费或负担得起的托儿服务将使更多的妇女能够进入有偿劳动队伍，从而赚取更高的工资，并增加家庭收入——这将为扩大家庭规模消除更多的障碍。

两性不平等还表现在其他方面。大多数有孩子的妇女可以享受整整三年的育儿假，但当她们重返工作岗位时，她们通常会发现，与男性相比，她们在工资和职业机会方面已经失去了优势。尽管男性也有资格享受育儿假，但几乎很少有男性休过育儿假。大约每100名男性中只有1名留在家中抚养子女。

---

**“年轻人需要了解性行为方面的准确信息。”**

**阿纳斯塔西亚 (Anastasiya)，22岁。**

**“我们的任务是让人们可以谈论这些事情。”**

**茨米特里 (Dzmitry)，24岁。**

## 获得避孕药具

并不是所有人都渴望有孩子，对于那些想要避免或推迟怀孕的人来说，避孕用具方便获得且费用很低。大多数夫妇使用的是现代方法，主要是安全套，也有避孕药和宫内避孕器。

青少年也可以获得安全套，以及通过提供处方，或在父母的同意下获得避孕药。但对许多青少年来说，任何避孕药具，即使价格低廉，都是负担不起的。即使青少年能够负担，他们也可能遭到带有歧视的药房工作人员的拒绝。

“白罗斯年轻女性怀孕的数量正在减少，”联合国人口基金驻白罗斯的阿列克桑德尔·达维登卡 (Aliaksandr Davidzenka) 说，“年轻人初次性行为的时间较晚，而有性行为的人采用了更安全的性行为，这也意味着流产减少了。”

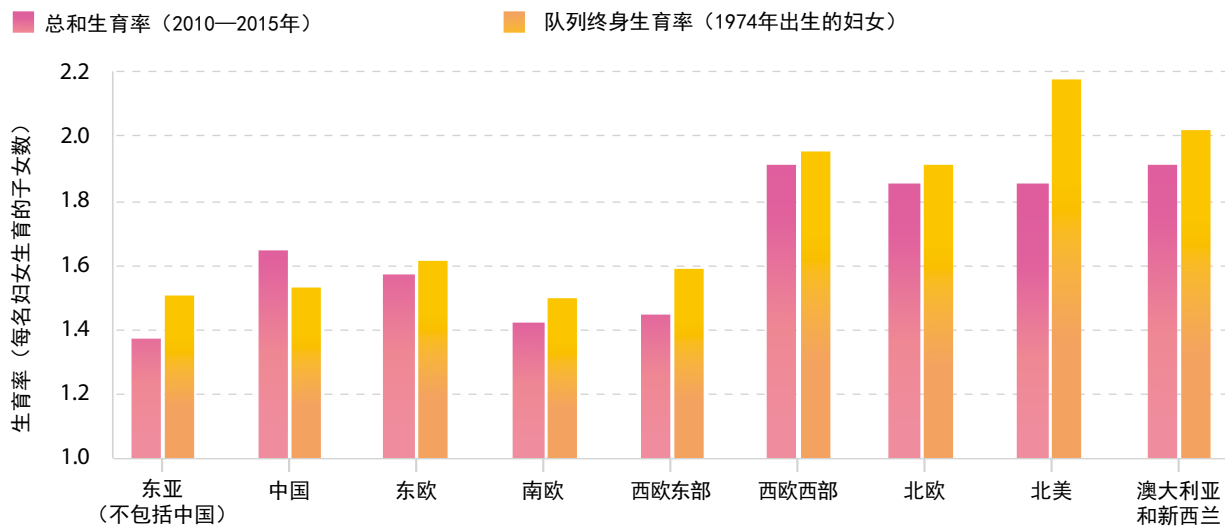
但是，因为学校没有提供全面的性教育，白罗斯的青少年并不总是能够容易地了解避孕知识和安全性行为。Y-Peer 志愿者是联合国人口基金建立的 Y-Peer 网络的一部分，他们访问全国各地的学校和社区中心以填补信息空白。

Y-Peer 协调员，22岁的安纳斯塔西亚·卡米什 (Anastasiya Kamysh) 表示，年轻人需要与性行为相关的准确信息。她说：“当我们和年轻人谈论艾滋病病毒时，我们也会谈到避孕套以及避孕套如何帮助预防怀孕。”

另一位协调员，24岁的德米特里·卡罗尔 (Dzmitry Karol) 表示，Y-Peer 会议也涉及性别暴力等主题。“我们存在的意义是让人们可以谈论这些事情。”卡罗尔说，“我们希望加入我们工作坊的人能与他们的朋友分享他们了解的知识。”



图 31 53个国家2010—2015年总和生育率和1974年出生妇女的队列终身生育率



资料来源: 维特根斯坦中心 (2016年); 联合国 (2017年); 人类生育率数据库 (2018年); 刘 (Yoo) 和索博特卡 (Sobotka) (2018年)

从图中可以看出, 生育率极低的地区 (东亚和东欧、南欧和西欧东部) 与生育率较低的地区 (北欧、西欧西部和讲英语的国家) 之间存在着明显的差距。生育率极低的国家有 22 亿人口, 几乎占世界人口的 30%, 其中中国拥有 14 亿人口。

平均生育率对各个国家十分重要, 但对个人而言, 重要的是他们实际生育的子女数目。许多生育率偏低的国家没有子女的妇女所占比例很高, 但有三个或三个以上子女的妇女所占比例也很高。同时, 有些国家只有一个孩子的妇女也占一定很低的比例。这些国家包括澳大利亚、芬兰、荷兰和英国。美国有三个或三个以上子女的妇女所占比例也相对较高。

相反, 东欧国家只有一个孩子的妇女所占比例很高, 而没有孩子的妇女所占比例很

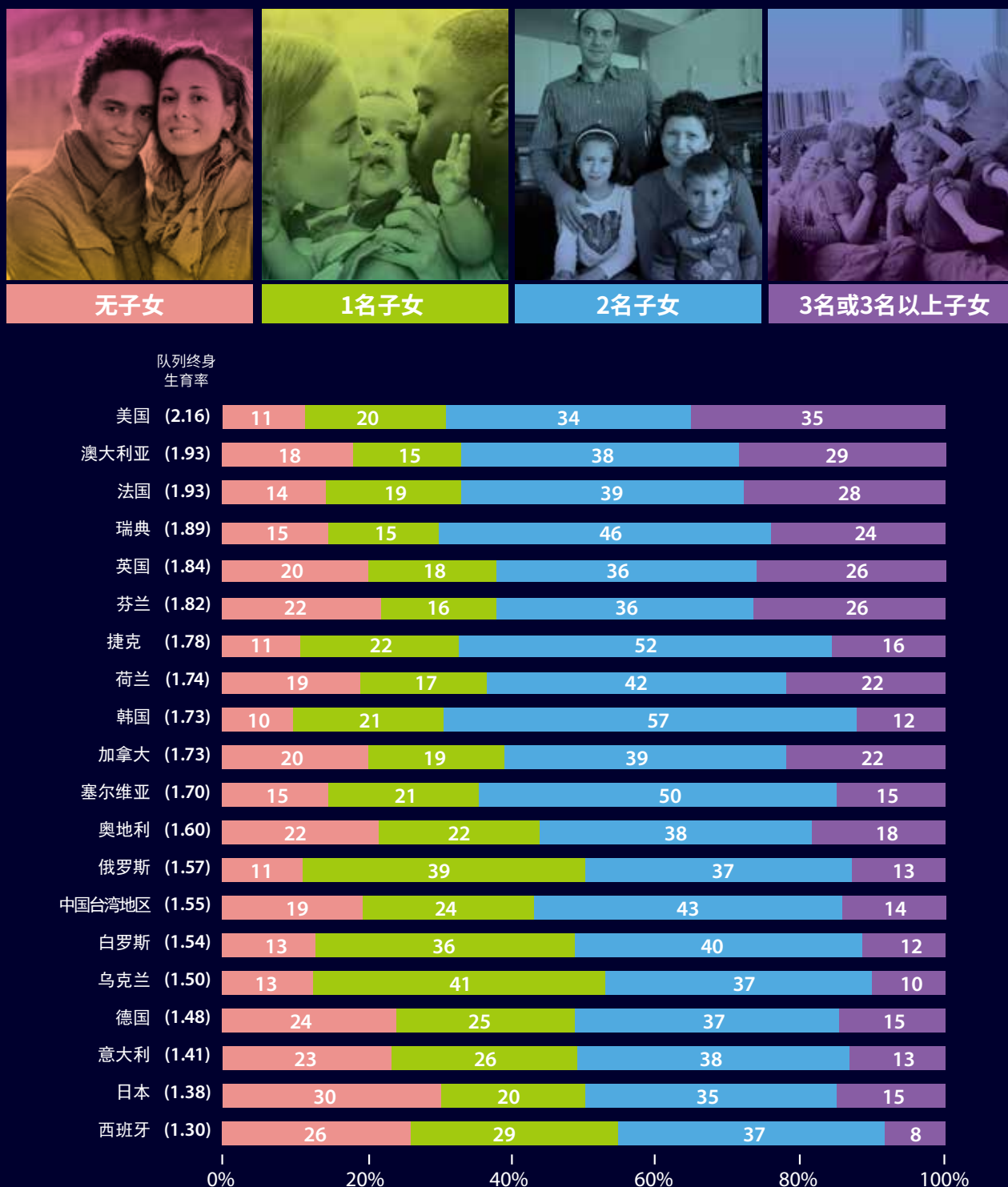
低, 这反映出这些国家的人们对无子女的接受程度很低。南欧和德国的平均生育率极低, 因为没有子女和只有一个孩子的妇女所占比例很高。最后, 日本的无子女率是所有国家中最高的, 每 10 名 40 岁的妇女中就有 3 名没有子女。

总体而言, 平均生育率与有两个子女的妇女所占比例无关, 但与有 3 个或 3 个以上子女的妇女所占比例高度相关 (图 32)。

在本章所涵盖的国家和地区, 越来越多的妇女选择晚育和婚外生育 (比拉里 (Billari) 和科勒 (Kohler), 2004; 索博特卡, 2017)。

在意大利、日本、韩国和西班牙等国, 妇女生育头胎的平均年龄从 20 世纪 70 年代的 24~26 岁上升到 30 岁以上 (图 33), 这

图 32 低生育率国家和地区1974年出生妇女的队列终身生育率和所生子女数



资料来源:人类生育率数据库(2018年);国家统计局(national statistical offices),2018年

注:数据统计至40岁女性。

图片:从左到右 ©阿努契卡(anouchka)/盖蒂图片社 ©马斯科特(Maskot)/盖蒂图片社 ©吉亚科莫·皮罗齐(Giacomo Pirozzi) ©米歇尔克罗(Michele Crowe) /www.theuniversalfamilies.com

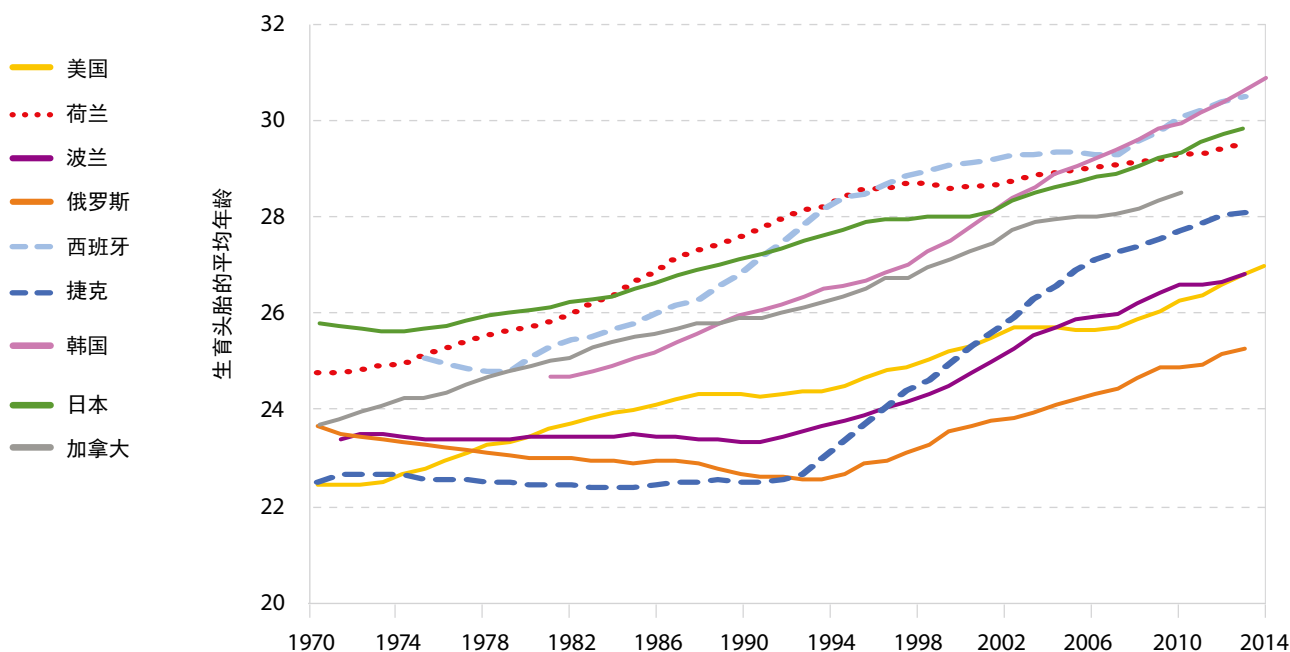
一趋势也与特别是在美国和东欧青少年越来越少的怀孕同步（图 34）。在欧洲和东亚的大部分地区，年轻女性只占女性生育总数的 3%。

在受过高等教育的妇女中，年龄较大的妇女生育增长最快，在她们年轻时，要避免因“母亲路线”（译者注：指妇女不得不花更多时间照料子女）而遭受经济或事业上的一些挫折（米勒（Miller），2011）。而辅助生殖技术的普及，例如体外受精，促成了这一增长。选择将怀孕推迟到 30 或 40 岁的妇女发生不孕症和在怀孕期间发生并发症的风险更大（施密特（Schmidt）等人，2012；特维尔德（te Velde）等人，2012；索博特卡和博茹昂，2018）。

1970—2000 年期间，生育率下降的同时，出现了晚婚、更多的同居生活、离婚以及婚外生育的趋势（莱斯塔赫（Lesthaehe），2010；佩尔雷利哈里斯（Perelli-Harris）等人，2012；海福德（Hayford）等人，2014；拉布格路（Lappegård）等人，2018）。然而，这些趋势在瑞典、美国和俄罗斯等一些国家达到顶峰，随后在 2004 年后出现逆转（图 35）。

在欧盟，非婚生育的比例在 2014 年达到了 42%——是 1994 年水平的两倍。相比之下，在东亚，生育率与婚姻密切相关，在该地区，婚姻和生育是联系在一起的，终生无子女的现象越来越普遍（琼斯（Jones）和古帕朱（Gubhaju），2009；魏（Wei）等人，2013；郭和古，2014）。

图 33 1970—2016年各国妇女生育头胎的平均年龄



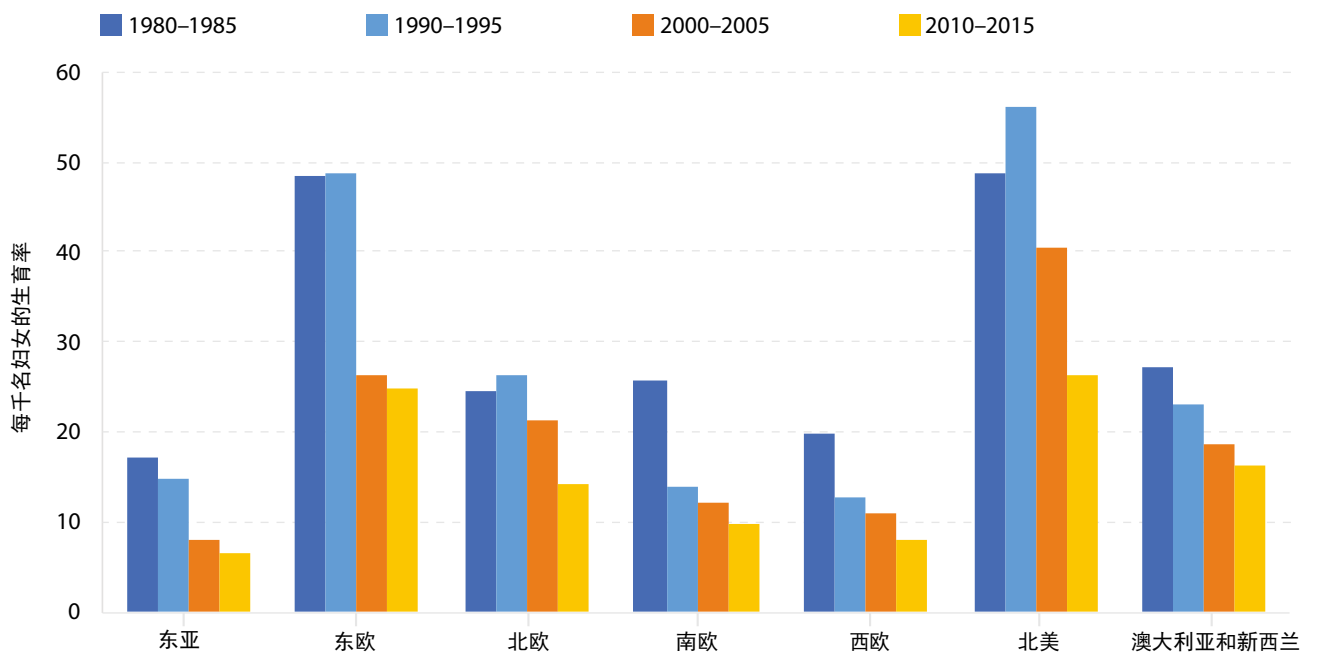
资料来源：人类生育率数据库（2018年）；刘和索博特卡（2018年）





© 萨纳西·佐维利斯 (Thanasis Zovoilis) / 盖蒂图片社

图 34 1980—2015年每千名15-19岁妇女的生育率



资料来源：联合国（2017年）

大多数非婚生子女是由同居的未婚夫妇所生育，而不是由单身母亲所生育的。2010年前后，欧洲每10名2岁以下的儿童中仅有1名与单身母亲生活在一起，而有4名儿童是与未婚夫妇生活在一起的（维特根斯坦中心，2015）。

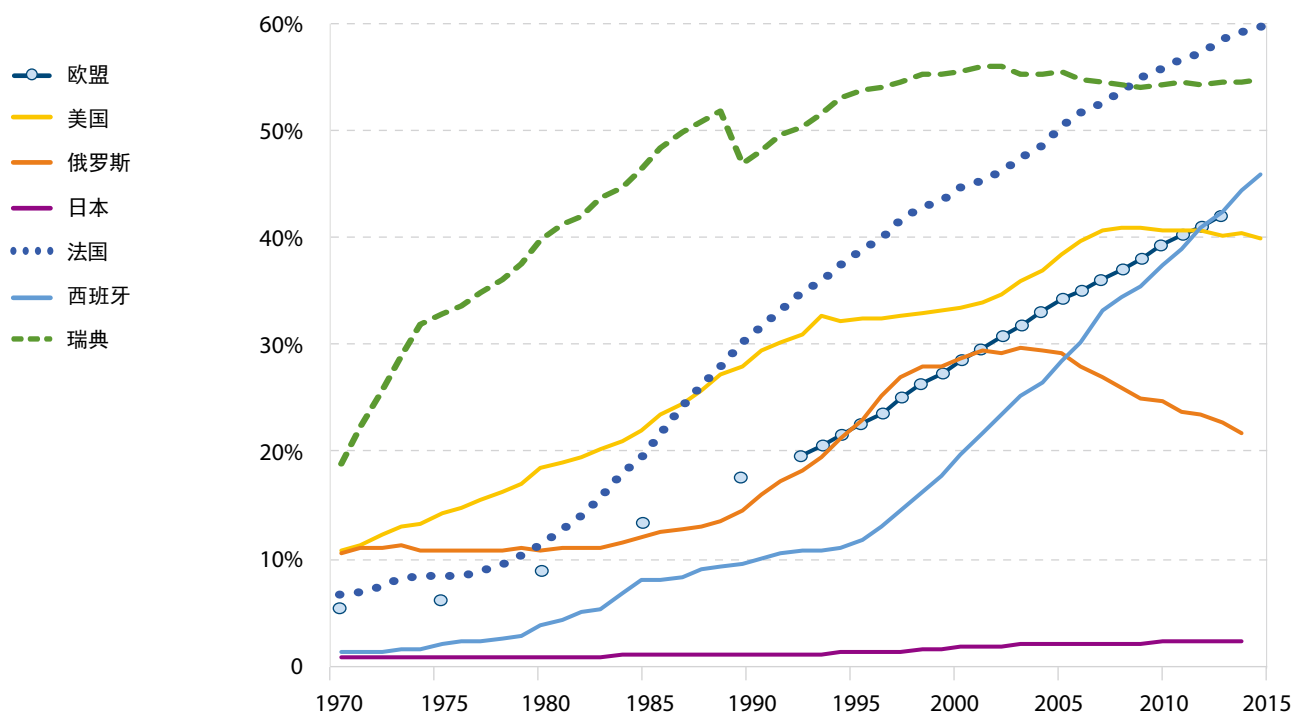
年生育率（或总和生育率）可能会随着经济条件、家庭政策、政治改革和战争冲突的变化而发生变化。例如，某些国家的生育率下降与美国和欧洲2008年及其后的金融危机有关，而这些国家的生育率本在20世纪初出现了上升（戈尔茨坦（Goldstein）等人，2013；施耐德（Schneider），2015；Wittgenstein中心，2015；科莫利（Comolli），2017）。同样，1997年东亚金融危机导致生

育率下降到非常低的水平（金姆（Kim）和刘（Yoo），2016）。1990年前后苏联解体和社会主义共和国联盟解体之后，中欧和东欧的生育率也出现了急剧下降（索博特卡，2011）。

### 生育下行压力

东亚和欧洲许多地区的生育率极低，并不是因为人们想要建立较小规模的家庭。在这些国家，理想家庭规模约为平均每名妇女生育两个子女（Sobotka和Beaujouan，2014），但实际生育率较低。理想家庭规模与实际家庭规模之间的差距表明，人们无法充分实现其生殖权利。

图 35 1970—2016年欧盟和部分国家非婚生子女比例



资料来源：欧洲委员会（2006年）；日本社会保障人口问题研究所（2017年）；欧统局（2018年）；Martin等人（2018年）



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

## 经济障碍

在高收入国家，年轻男女都面临着进入劳动力市场的挑战。因为，总的来说，他们接受高等教育的时间比贫穷国家的年轻人要长，所以他们开始从事经济活动时年龄相对较大。当他们完成学业后，他们往往发现很难找到工作，特别是在他们所选择的领域。

全球经济结构的变化导致许多工作被取消，而这些工作在过去本来是年轻人大学毕业工作起始阶段的典型职位（阿德萨（Adsera），2018）。与此同时，许多原先有长期前景的工作已经被短期工作或合同协议工作所取代。

其结果是加剧了劳动力市场的不平等，20多岁和30岁出头的年轻人的实际收入下降（桑德森（Sanderson）等人，2013；拉赫曼（Rahman）和汤姆林森（Tomlinson），2018）。许多年轻人在高收入国家“未能茁壮成长”（桑德森等人，2013）。在南欧，年轻人的地位最为不稳定，那里的失业率很高，临时工作越来越普遍，社会保护也很有限（拉赫曼和汤姆林森，2018）。这种经济和劳动力市场的不确定性导致了家庭组建的延迟、婚姻的延迟和不断增多的无子女现象（布洛菲尔德（Blosfeld）等人，2005）。



20 世纪 90 年代，许多发达国家经历了经济衰退，对就业、收入和生活水平产生了影响。例如，1997 年的亚洲金融危机导致了雇佣制度的变化，新的雇佣合同从终身工作制度转为固定期限的合同制，大大降低了年轻人的工作稳定性（马（Ma），2014）。

同样在 20 世纪 90 年代，东欧大多数国家经历了长期的经济衰退、收入不平等和贫困的加剧，这是国家经济体制向市场经济的颠簸转变所造成的。总的来说，这些情况往往与生育率大幅度下降有关。在东欧，对生育率的主要反应是二胎生育率下降，导致只生育一个孩子的妇女比例急剧上升（佩雷利哈里斯，2005；索博特卡，2011；泽曼（Zeman）等人，2018）。2008 年的亚洲金融危机对年轻人的经济机遇也造成了类似的影响。

### 面临两难抉择：事业还是家庭？

在许多发达国家，随着越来越多的妇女获得更高的教育水平，更多的妇女进入有偿劳动力队伍。但是，对于妇女来说，平衡家庭生活和事业是一项挑战，她们很少甚至根本无法负担得起托儿服务，而且其雇主或政府没有实行带薪育儿假或设置灵活的工作安排（戈尔丁（Goldin），2006）。在许多国家，抚养孩子的责任主要落在妇女的肩上。这些挑战可能促使妇女从事公共领域的工作，这类工作稳定且提供大量福利，但报酬低于私营领域。

在生育率极低的国家，使妇女能够兼顾工作和家庭方面的政策往往是有限的。例如，在东欧和中欧的大多数国家，政府支持的婴儿保育服务有限。在保加利亚、捷克、匈牙利、波兰、罗马尼亚和斯洛伐克，0~2 岁儿童的保育所入学率不到 15%，而在经济合作



聚焦泰国

在过去的

15 年里，大约

有 160 万个婴儿

是由少女所生。



# 在泰国， 两个受精卵的故事

© 联合国人口基金会/马修·泰勒 (Matthew Taylor)

“我 15 岁就开始跳舞了，” 凯特 (Kate) 说。当时她在暖武里的一个集市上表演，在那里遇到了一个男人。“他比我大。他风趣又英俊。一开始我不喜欢他，但他渐渐喜欢上了我。”

那时候，凯特还不知道避孕，也不知道没有避孕就发生性行为的风险，最终她怀孕

了。现在 17 岁的她住在曼谷的一家青少年母亲保护站。

在过去 15 年中，泰国有大约 160 万名婴儿是由少女所生，2000—2014 年期间这一数据增长了 54%。仅在 2016 年，全国所有怀孕的女性中有 14% 以上是年轻女性。



为了帮助像凯特这样的女孩在达到育龄前懂得避孕以及尊重她们组建家庭的决定，政府通过了一项法律，规定所有 10~19 岁的人都可以获得避孕药具和相关信息。

在泰国，性教育知识的普及对于确保年轻人对自己的身体和人际关系作出明智的决定至关重要，几乎全国各地的高中都会提供相应的教育，但教育质量参差不齐。一项新的法律要求泰国所有高中都开设相应课程。

泰国国民议会公共卫生委员会主席捷运·西拉特罗纳特 (Jetn Sirathranont) 博士说：“我们不能阻止青少年发生性行为，但我们可以帮助他们拥有更安全的性行为。”

“我的父母是农民。他们没有钱送我上学，所以我 12 岁就来曼谷工作了。” 现年 40 岁的萨尼特 (Sanit) 说道。她在曼谷已经工作了很多年了，现在经营着一家服装店。

“我的生活很规律。” 萨尼特说，“除了工作之外，我努力学习，读完了高中。我连找对象的时间都没有，更不用说生孩子了。”

“所以，我去年结婚的时候，我知道我必须尽快生孩子。但是医生发现我的子宫里

长了个东西，再加上我的年龄，这使我很难受孕。”

和越来越多的泰国妇女一样，萨尼特为了工作，以牺牲结婚生子为代价。当她们作好组建家庭的准备时，她们想要怀孕或分娩而不出现并发症，往往为时已晚。尽管在泰国可以得到生育治疗，但对大多数人来说太贵了。

“越来越多的人把经济保障和稳定置于组建家庭之前，” 曼谷朱拉隆功大学专攻生育方面的医学家，索拉普普·凯通蓬散 (Sorapop Kiatpongsan) 博士说道，“已经过了生育高峰期的妇女需要正确的信息和负担得起的治疗选择。”

凯特和萨尼特的故事代表了泰国面临的生育挑战的两个极端。

一方面，青少年缺乏获得相关信息以及性健康和生殖健康服务的机会，因此意外怀孕，他们感觉前途渺茫。而另一方面，妇女想要推迟组建家庭，然而却发现她们已经错过了生育年龄。



和越来越多的  
泰国妇女  
一样，萨尼特  
为了工作  
以牺牲结婚生子  
为代价



与发展组织成员国中，这一比例为 34%（经济合作与发展组织，2018）。有限的儿童保育服务使许多母亲无法尽早返回劳动力市场，并增加了她们生育孩子的机会成本。

在东亚，职场文化要求雇员对其雇主作出高度配合，僵化的工作时间使人们难以兼顾事业和家庭。例如，在韩国，2014 年约有 18% 的职业妇女每周工作时间超过 54 小时（经济合作与发展组织，2017）。为解决这一问题，韩国于 2018 年立法将每周工作时间限制在 40 小时以内，加班时间最多为 12 小时。

此外，有子女的妇女在劳动力市场上往往面临歧视。在日本和韩国，母亲们大多从事低薪职位且职业选择有限，结果造成男女性工资差距巨大（经济合作与发展组织，2017）。

即使妇女在获得教育和工作机会方面能够实现平等，她们的家庭和就业决定仍然受限于“第二份工作”（即照顾子女和管理家庭），妇女仍然因家庭中的性别不平等而受到阻碍（麦克唐纳，2013），这可能导致生育率的降低。

东亚地区的妇女在家庭选择方面面临一些重要的制约因素，原因在于工作条件苛刻，且她们承担大部分的家务和照顾子女及其他亲属的责任（雷莫（Raymo）等人，2015）。在日本或韩国，当妇女结婚时，她们可能被要求不再工作，承担起处理家庭事务以及照顾丈夫、公婆和子女的责任（兰福斯等人，2004）。在日本已婚夫妇中，男性每周平均承担 3.4 个小时的家务，而妇女每周平均承担 27.4 个小时的家务（津谷（Tsuya），2015）。

面对需要为家庭生活牺牲事业的前景，一些东亚妇女选择推迟或避免结婚。由于该地区大多数生育都是婚后进行的，越来越多的妇女在有生之年不再生育。

然而，东亚地区并不是唯一一个妇女面临这些挑战的地区。在中欧和东欧大多数国家以及南欧，特别是在意大利和葡萄牙，无酬家务工作中的性别不平等现象也一直存在（经济合作与发展组织，2017）。

## 由稳定的经济和扶持性政策支持的高生育率

生育率偏低的国家具有经济发展强劲和稳定的特点，同时实行的政策可以促使家庭的建立或扩大。扶持性政策可以培养夫妇建立家庭的信心（麦克唐纳，2008）。

例如，生育率达到更替水平或在更替水平附近的一些欧洲国家通过提供带薪育儿假、家庭补贴、公共儿童保育服务和其他儿童服务、家庭减税和规定上课时间与工作时间一致来对有子女的家庭提供支持。

此外，兼职工作的机会，允许雇员请假照顾生病的孩子的相关规定，取消夜班和不正常的工作时间，以及充裕的育儿假和陪产假，这些措施都能对考虑组建家庭的夫妇或个人产生一定影响。

加拿大和几个欧洲国家为母亲解决了就业障碍，以致今天大多数有子女的妇女都有自己的工作（经济合作与发展组织，2007，2011）。在澳大利亚、奥地利、荷兰和英国，如今，父母一方全职工作、另一方兼职工作的“一人半挣钱”模式在有子女的夫妇中很常见。这种模式在荷兰开始流行，因为政府

确立了兼职工作的合法权利，并给予兼职员工与全职员工相同的医疗保险、社会保障和养老金福利（米尔斯，2015）。

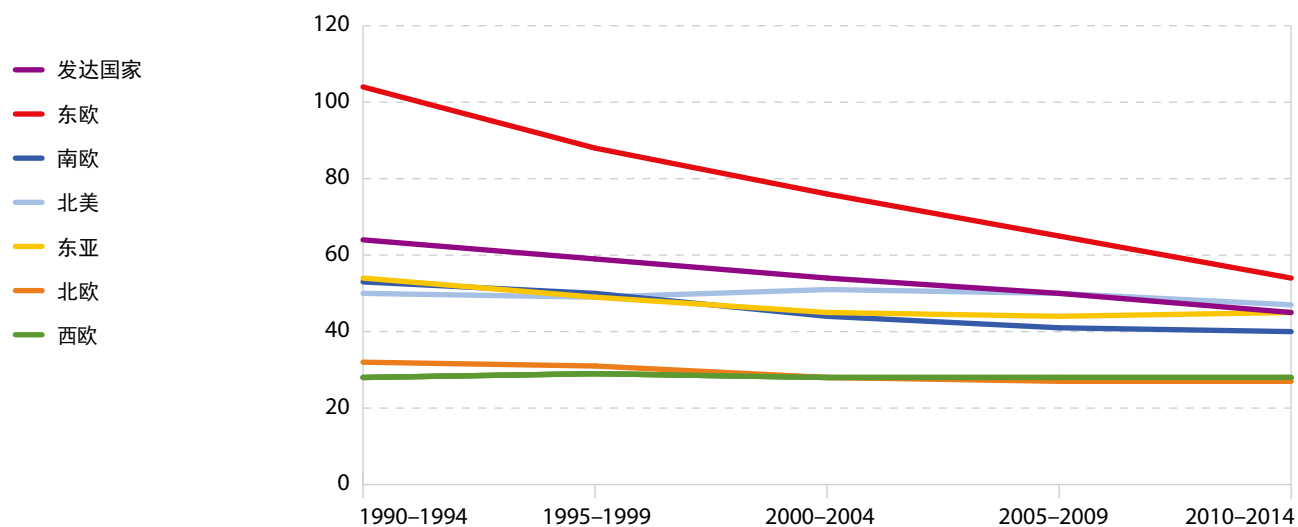
### 生育偏好倾向于两个孩子的家庭

在本章所涵盖的国家中，大多数妇女表示倾向于要两个孩子，尽管有相当大比例的妇女想要三个孩子（哈格文（Hagewen）和摩根（Morgan），2005；索博特卡和博茹昂，2014；国家公共政策改革方案，2016）。但中国是一个例外，许多妇女表示只想要一个孩子（巴斯滕（Basten）和顾（Gu），2013）。

在许多低生育率国家，人们理想的子女数量与实际生育子女的数量之间存在相当大的差距（邦加特（Bongaart），2002；维特根斯坦中心，2015）。因为生活中另外一些优先事项的影响，或者因为经济困难等原因，有些夫妇没有生育他们想要的子女数。还有一些由于疾病或离婚等原因，也没有生育他们想要的子女数。家庭规模的决定因素通常会随着时间的推移而变化，这是对生活经历的反应。在20世纪60年代末，欧洲7个国家的妇女中，平均期望生育率与实际生育率之间的差距至少为0.5。其中受过大学教育的妇女中，这一差距最大（维特根斯坦中心，2015；博茹昂和贝格哈默（Berghammer），2017）。



图 36 1990—2014年每千名15-44岁女性非意愿怀孕情况



资料来源：Bearak等人（2018年）

1994年，179个国家政府制定的《国际人口与发展大会行动纲领》规定：“所有夫妇和个人都有自由而负责地决定其子女人数和生育间隔的权利，也有获得这种决定所需的信息、教育和方法的基本权利。”这一原则适用于所有夫妇和个人，无论他们不想要子女还是想要多个子女。因此，当夫妇和个人决定生育更多子女，但由于经济或社会环境未能兼顾工作与家庭而受到限制时，他们就无法充分享受其生殖权利。

### 低生育率国家的意外怀孕情况

在发达国家，许多怀孕都是意外发生的。一些意外怀孕与避孕需求未得到满足有关。需求未得到满足的妇女性行为活跃，尽管不想怀孕，但并没有使用任何避孕方法（联合国，

2016）。据估计，这些国家有十分之一的已婚或同居妇女的避孕需求未得到满足。此外，据估计，在发达国家，2010—2014年期间每1 000名育龄妇女中有45名意外怀孕（图36）（比拉克（Bearak）等人，2018）。

东欧的意外怀孕率相对较高，原因是获得现代避孕手段（特别是避孕药）的途径有限，性教育缺乏，预防怀孕的相关知识有限，以及流产的方式有限（图37）（戈恩（Kon），1995；大卫（David），1999；斯特鲁卡尔（StLoukal），1999；索博特卡，2016）。然而，自20世纪90年代初以来，整个地区获得避孕药具的情况大为改善，导致该地区避孕药具使用率提高，流产率下降（图37和38）。流产在东亚也很常见。2014年，东欧和东亚超过四分之三的意外怀孕以流产告终。





© Frank Schoepgens/Getty Images

在发达国家,许多怀孕都是意外发生的,而且每四次分娩中就有一次是意外怀孕(图39)(比拉克等人,2018)。然而,这些意外怀孕情况大多数不是意外发生的,而是发生的时机不合适。东欧和中欧国家的意外出生率相对较低,主要是因为大多数妇女选择了流产。

在东欧和东南欧的许多地区,年轻人往往在性交过程中不使用避孕药具或依靠体外射精(疾控中心(CDC)和ORC Macro,2003)。在这些国家,全面性教育普及十分有限。

不良的生殖健康、薄弱的卫生保健系统和有限的安全套使用造成了20世纪90年代东欧性传播疾病的激增(乌斯库拉(Uusküla)等人,2010)。如今,该地区的艾滋病毒感染呈上升趋势,尽管主要原因仍然是注射毒品(Avert,2017),但近年来性接触已成为

一种主要传播方式。东欧和中亚是全球仅有的艾滋病毒感染持续上升的两大地区(Avert,2017;艾滋病署,2017)。

在一些发达国家,不孕症可能是造成低生育率的原因之一。尽管很少有证据表明不孕症问题更多地归咎于男性而不是女性,一些研究指出,在高收入低生育率国家,男性精子的质量和数量都在不断下降(莱文(Levine)等人,2017)。但这一问题仍存在争议(特维尔德等人,2017)。

在一些发达国家,导致低生育率的一个更重要的因素是继发性不孕症:已经有孩子的妇女无法再次怀孕或再次怀孕至足月(Mascarenhad等人,2012)。2010年,据估计,在高收入国家,继发性不孕症对7%的夫妇造成了影响,在中欧、东欧和中亚,则有高达18%的夫妇受到影响。这些地区的二胎生育率相对较高的原因包括流产率较高,

图 37 1990—1994年和2010—2014年, 53个国家15-44岁已婚或同居女性使用传统和现代避孕药具的情况

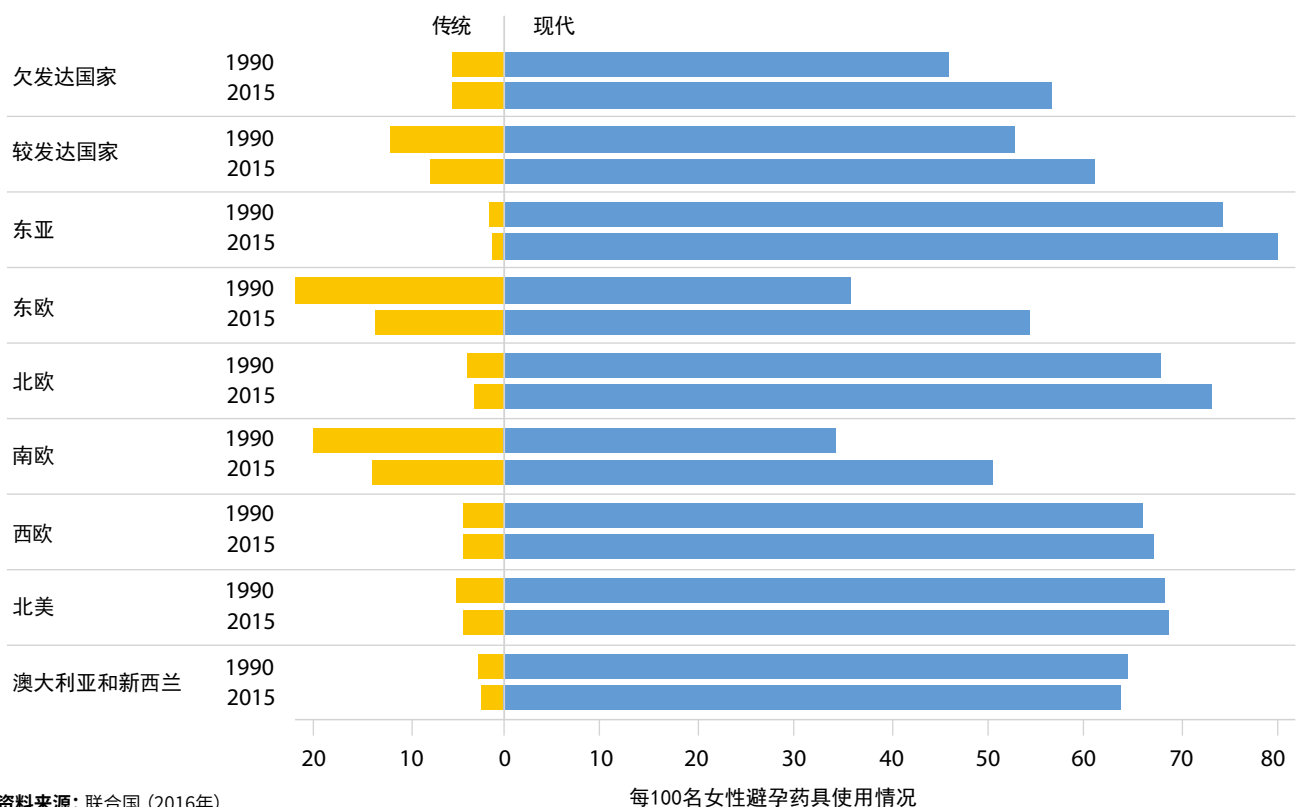


图 38 1990—2014年每千名15-44岁妇女的流产率

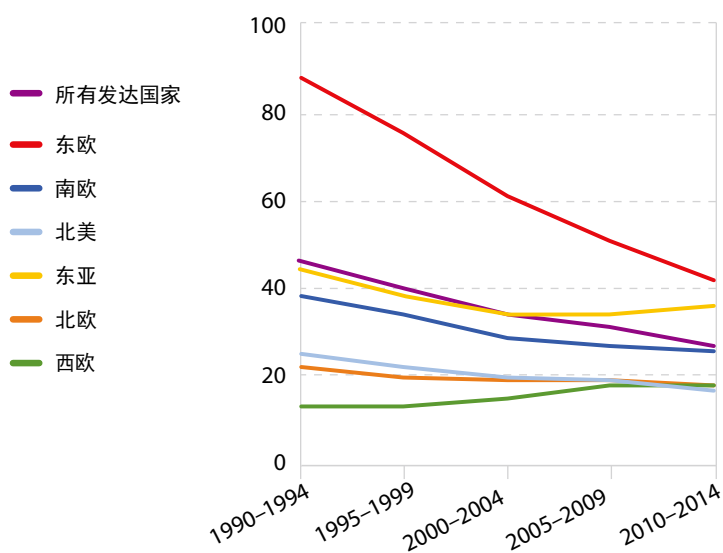
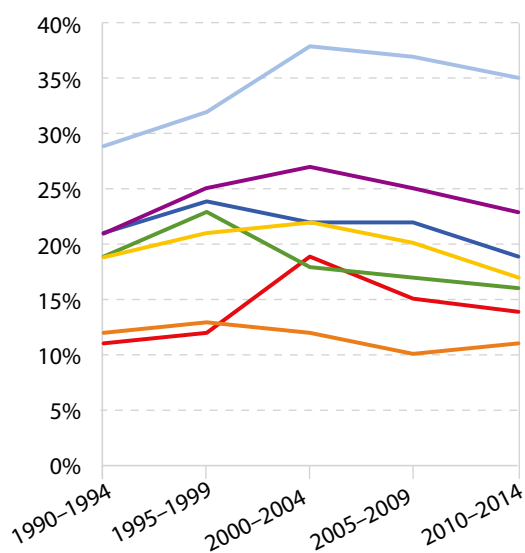


图 39 1990—2014年非意愿怀孕百分比



不安全流产和侵入性流产方法的发生率较高，以及流产后出现的感染（Hodorogea 和 Comendant, 2010）。

在美国反复进行的调查显示，育龄已婚妇女的不孕症发生率略有下降，但保持持续下降趋势（钱德拉（Chandra）等人，2013）。然而，如果夫妇继续将生育推迟，到生育年龄较晚时，不孕症的发生率可能会增加。在欧洲有 6 个国家推迟的生育造成了永久的非自愿性的无子现象，而且这一现象在过去的 1970—2007 年期间继续翻倍（特维尔德等人，2012）。

## 生殖权利

行使自由且负责地决定子女人数和何时生育的权利不仅仅取决于能否获得避孕措施或对不孕症进行适当治疗。关于家庭规模的决定还取决于住房的供应、家庭的经济条件和抚养子女的费用。

生育决定也可能受到社会、体制和法律障碍的影响或制约，例如对单亲家庭的污名化，对未婚或同性夫妇所生子女的歧视，流产的合法性以及辅助生殖技术的可获得性。



© Giacomo Pirozzi



流产的合法性因国家（或地区）不同而存在差异。10 个发达国家中约有 8 个国家允许在妊娠头三个月根据本人意愿或出于广泛界定的经济和社会原因进行流产（联合国，2013）。

发达国家对人工受精等辅助生殖技术的需求日益增长，在这些国家，妇女选择在年龄较大时生育子女。获得辅助生殖的机会扩大了夫妇的生殖选择，并使他们的生殖权利得以实现。尽管这一现象对生育率的贡献很小，但处于不断增长的趋势。2013 年，欧洲辅助生殖技术帮助生育的婴儿占有出生婴儿的 2.2%，据报告，在捷克、丹麦、芬兰和斯洛文尼亚，所占比例高达 6.2%。

### 生育率与人类和经济发展水平的关系

当较贫穷的国家实现较高的人类发展水平时，生育率通常会下降。随着人类发展的推进，生育率可能会急剧下降，甚至远低于生育更替水平。

然而，还是有一些国家的生育率从极低水平再次上升到较低水平，而其他国家的生育率在下降到极低水平之前已经稳定下来。这些国家有几个共同点：一是实现了最高水平的人类发展和最高水平的人均国内生产总值。二是在实现两性平等方面取得了更大进展。三是在这些国家，选择结婚的人很少，结婚的时间也较晚。四是这些国家大多有运作良好的劳动力市场，并为年轻人提供获得就业和住房的机会（Myrskyl 等人，2009；露西格里格里希（Luci-Greulich）和泰维农（Thévenon），2014；阿尔皮诺（Arpino）等人，2015；戈德沙伊德（Goldscheider）等人，2015；比拉里（Billari），2018）。

许多生育率接近生育更替水平的国家都有广泛的家庭友好型政策和服务，如公共资助的高质量儿童保育服务。这些政策既不是强制性的，也不是专门为了刺激人口增长而制定的，相反，是为了满足家庭和儿童的实际需要，尊重或加强包括生殖权利在内的相应权利。

生育率偏低的国家的相关经验表明，向父母提供一系列支持，并增加兼顾工作、休闲和抚养子女的选择方面的政策是最为有效和有益的。

世界上没有哪一个国家的个人和夫妇完全有权自由而负责地决定怀孕的次数、时间和间隔，包括生育率低于生育更替水平的国家。总的来说，在这些国家，由于社会、经济、体制和结构上的障碍，许多夫妇和个人无法生育他们想要的子女数。

## 总和生育率和队列终身生育率

总和生育率是根据一个日历年内所有年龄段的生育人数计算的。一个日历年的总和生育率是15~49岁各年龄段的生育率之和。

因为总和生育率是一个日历年内各年龄段生育率的总和，所以总和生育率衡量的是一定人口中的妇女生育的平均子女数，包括一生中经历的各年龄段的生育率。

总和生育率的优势在于，只要统计机构公布一个日历年内每个年龄段妇女的生育人数，就可以计算出总生育率。这是一个即时的计量方法。其不足之处在于无法反应任何一个年龄段的妇女一生的实际经历。例如，2005年18岁的妇女在2006年是19岁，2007年是20岁，依此类推，任何一个年龄段的妇女实际上都会经历许多个日历年。

如果按年龄划分的生育率可以应用于多个日历年，那么在一个年龄段妇女的实际生活中，就可以把它们加在一起。例如，2005年18岁妇女的生育率将与2006年19岁、2007年20岁等年龄组妇女的生育率相加，直至该群体达到50岁。以这种方式在实际生

活中相加得到的数据称为队列终身生育率。与总和生育率一样，队列终身生育率衡量的是妇女在一生中生育子女的平均数量，但在这种情况下，统计数据是真实的。

队列终身生育率的缺点是，被分析的年龄段的妇女达到育龄结束时才能计算出生育率。虽然它能够比总和生育率更准确地衡量实际生育率情况，但并不是一个即时的计量方法。也不能提供有关年轻妇女近年来生育行为的任何信息。

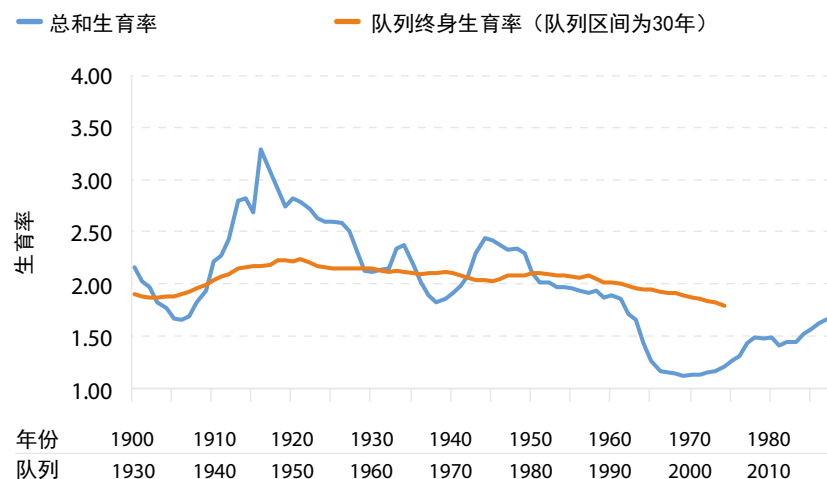
当生育率很高时，总和生育率的变动（几乎总是呈现下

降的趋势）提供了一个相对可靠和最新的生育率趋势图。这就是本报告前几章采用总和生育率的原因。

然而，当生育率较低时，生育时间的变化或经济衰退等冲击会对年出生人数产生很大影响，从而对总和生育率产生很大影响。由下图可以看出，图中捷克的总和生育率波动很大，但队列终身生育率的变动不大。

因此，在低生育率情况下，重要的是要对总和生育率趋势所呈现的可能造成误导的结果进行分析，并在可能的情况下判断队列终身生育率的趋势。

捷克1930—2015年总和生育率长期变化和1900—1974年出生妇女队列终身生育率





## 育儿假使瑞典人 更容易拥有 理想的子女数

聚焦瑞典

© UNFPA/Melker Dahlstrand

**“瑞典的父母不必  
在事业和为人父母  
之间作出选择。”**

瑞典性教育协会 (RFSU)，  
汉斯·林德 (Hans  
Linde)

安德烈亚斯·桑德在他的妻子艾琳出门工作前亲吻了她。艾琳一出门，他就把他们11个月大的女儿艾达绑在身上，然后牵着4岁的女儿罗的手走出门去。

第一站是罗的幼儿园，随后安德烈亚斯带着艾达散步。安德烈亚斯和艾琳的家位于斯德哥尔摩郊区，安德烈亚斯带着艾达步行穿过家附近的公园，安德烈亚斯会在那里进



**“瑞典的育儿假政策  
有利于实现生殖权利  
和经济的发展。”**

瑞典性教育协会的  
汉斯·林德说

行了一个小时的户外运动锻炼，而艾达则在她的婴儿车里熟睡。

上午9点，安德烈亚斯和艾达回到家里。幸运的话，安德烈亚斯可以赶在艾达醒来之前喝一杯咖啡，因为一旦艾达醒来，她会要求安德烈亚斯在她早餐前一直陪她玩耍。

“通常，我们像往常一样带孩子。”安德烈亚斯说，“我们玩耍，读书，吃饭。当艾达睡着的时候，我试着做一些杂务，比如洗衣服和打扫卫生。有时还会和同样在休育儿假的朋友见面。”

当安德烈亚斯遇见艾琳时，她已经有了一个儿子约翰。约翰在街对面的一所学校读



四年级，不过这对夫妇很早就决定要一个他们共同的孩子。

瑞典的社会保障制度支持和鼓励父母双方共同分担责任，提供总计 480 天的育儿假，其中父母双方各享受 90 天，其余 300 天可共同享受，最多可同时休 30 天，即父母双方都在家。父母在头 390 天每天还可领取最高 110 美元的补助，剩下的 90 天则补助金相对要少一些。

在艾达四个月大之前艾琳都一直在家。从那以后，安德烈亚斯在周二、周五全天和周三的半天时间里负责照顾艾达，每周剩下的两天半时间艾琳则呆在家里。

瑞典性教育协会（RFSU）主席汉斯·林德（HansLinde）表示：“瑞典的父母不必在事业和为人父母之间作出选择。”他又补充说道：“育儿假制度是实现平等的良好基础。”

安德烈亚斯说：“这样安排使我们俩都能够更好地工作和照顾艾达。”

瑞典性教育协会的 Linde 说：“瑞典的育儿假政策有利于实现生殖权利和经济的发展。”他又补充说道：“瑞典对生殖权利的尊重使瑞典实现‘世界上最强大的福利经济之一’的目标成为可能。”

提供

总计

480 天的

育儿假

# 人人享有 选择的权利

“生育”事关重大。它能够反映出人们当前的位置、以前的居住地以及所面临的机遇和障碍。它关乎未来前景，从对个人未来的深远影响蔓延至整个社会。





© JGI/杰米·格里尔 (Jamie Gril)/华盖创意

当今世界，国与国之间，国家内部不同地区之间，生育率表现出高低不等、差距巨大的态势，生育率问题以及其中的驱动因素也同样存在巨大差异。然而，所有国家和地

区的共通之处为：夫妇和个人能够行使其生殖权利的程度，是决定他们生育数量的关键因素，也是决定实际生育的子女数量是否符合他们育龄期理想子女数量的关键因素。

自 1968 年德黑兰国际人权会议以来的 50 年中，各国政府就夫妇或个人自由且负责任地决定家庭规模的权利达成了一致。1994 年的国际人口与发展会议又重申了这一权利，会议的《行动纲领》指出，所有夫妇和个人都有权在不受歧视、胁迫和暴力的前提下获取所需信息和方法，决定生育数量、生育间隔和生育时间。2015 年，《2030 年可持续发展议程》启动，生殖权利被列为 17 项可持续发展目标之一的具体内容，并成为其他所有目标的必要组成部分。

50 年来，各国在维护生殖权利方面取得了很大进展。但直至今今天，没有一个国家能够断言本国所有群体在任何时候都能享有这

些权利。几乎每个地方都存在社会、体制和经济环境方面的阻碍因素，导致某些群体无法自由且负责任地决定生育数量或在有意愿生育时生育子女。尽管生育率是削弱或推动经济的动力，也是界定基本社会服务资源等指征，处于任何生育率水平的国家都明显存在某些群体无法自由且负责任地决定生育数量或在需要的时候生育孩子的情况，而且这种情况仍在持续。其背后反映的是许多人最为关切的问题：这些人的生殖权利以及住房、工作或育儿等方面的选择权都受到了限制。

公共政策与个人目标需要更加一致。个人需要相关知识和工具，以确保他们能够决定是否生育、何时生育或间隔多久生育。生

© 马克·塔斯曼 (Mark Tuschman)





育率过高或过低的政府需要制定政策，增强个人决定怀孕时间和怀孕间隔的权利。以人权为基础，将个人目标和政府目标结合起来，可以成为经济和社会发展的强大力量。

## 各国需要采取的行动

每个国家都需要确定维护所有公民的生殖权利所需的服务和资源配置方案，确保不落下任何一个人，同时要消除来自社会、经济、体制和地理方面的障碍，以保证夫妇和个人能够自由且负责地决定怀孕次数和怀孕时间。有些举措可能更加适合那些生育率地区差异较大的国家。但是，有些问题在所有国家都出现，说明生殖权利的基础保障领域仍然存在不足。

## 履行实现生殖权利的承诺

1994年，179个国家政府在国际人口与发展会议上通过了生殖权利的概念，特别说明人人都有权自由且负责地决定其家庭规模、怀孕时间和生育时间，每个人都有资格享有这些权利。然而事实却是，并非所有人都能享有生殖权利。

为缩小差距，各国应重新审视其人口政策：其政策是增强个人生殖权利实现生育目标，还是削弱人们决定家庭规模的权利；各国也应重新制定或调整政策，以满足人们的实际需要，确保人们在想要孩子的时候能够按照自己的意愿决定生育数量。要想做到这一点，需要全盘考虑教育、工作、住房和食品安全等影响生殖权利和生育的综合因素。例如，孟加拉国通过重点提升人民在健康、

教育和收入方面的综合能力，以快速的人力发展方式促进国家发展，实现了生育目标。

任何国家都可利用某个起点来定期“检查”国家生殖权利的实现情况，并评估该国法律、政策、预算、服务、宣传活动和其他活动是否符合国际人口与发展会议界定的生殖权利。为充分了解情况并落实这些权利，“检查”过程应征求专家以及大众的反馈意见。总体而言，各国需要研究出更加完善的方法，来衡量本国在支持实现生殖权利方面存在的缺陷，包括卫生保健、社会、经济和体制等决定因素。

## 实现“零的突破”：消除一切未满足需求

发展中国家80%以上的遭遇非意愿怀孕的妇女对现代避孕药具的需求得不到满足（Guttmacher研究所，2017）。但是，并非只有发展中国家才会出现无法满足需求的现象，这种现象几乎无处不在，甚至在生育率低的国家也是如此。世界各地较为富裕、居住在城市、受教育程度较高的妇女通常能够充分利用一系列现代避孕方法，相反，较为贫穷、居住在农村、受教育程度较低的妇女则不能做到这一点。一些生育率较低和收入水平较高的国家为妇女提供现成的、价格实惠或免费的安全流产服务，却不能提供一些避孕方法。国家制定并投资的家庭计划方案的目标，是在2030年之前实现“零的突破”，即消除一切未满足的家庭计划服务需求，以实现可持续发展目标。



## 将生殖健康置于卫生保健系统的优先位置

尽管生殖健康服务对减轻贫困和促进劳动力参与等一系列人权和发展目标产生重大影响，但并没有得到很多国家的关注或资金支持。生殖健康服务应被视为初级卫生保健的必要组成部分，并与疫苗接种和其他保证健康的措施处于同等重要的地位。生殖健康服务应是全面、高质量、惠及所有人的服务，应建立在确保人们能够自己作决定的基础之上。此外，询问育龄人群能否按照自己意愿生育子女应该成为一般医疗检查的必查项目，对现有选择不满意的人们，服务人员应当为其提供更多的信息和转诊服务。

问责制必须建立在可靠数据的基础之上，以在实践中能够充分实现权利为目标。问责制的界定标准是人们接受保健服务过程中能够实现自己的生育目标。

## 普及全面性教育

人们行使生殖权利需要掌握相关知识，进而决定是否怀孕、何时怀孕或间隔多久怀孕。年轻人应当在进入性行为活跃时期之前了解这些知识。因此，所有学校都应该分阶段为适当年龄段的年轻人提供全面性教育课程，内容涵盖权利、男女关系、性健康和生殖健康等，为年轻人对生殖权利的了解打下基础。最成功的性教育项目不仅要强调生殖过程的基本知识，而且要强调性别平等，同时要帮助女孩和男孩培养自信心和技能，赋予他们选择的权利。

## 全面实现两性平等

妇女权利缺失与生殖权利的缺失密切相关，两者的实现相互依赖，缺一不可。性别歧视会对卫生系统产生负面影响，导致妇女无法获得她们所需要的避孕服务。如果妇女在家庭决策中处于从属地位或遭受性别暴力，她们可能无法控制自己的生育。

在理想情况下，性别平等应融入所有国家政策和实践，并成为所有卫生保健系统的核心运作原则。“促进两性平等的预算编制”成为加速性别平等进程的一个重要手段，因为它能够根据对性别平等作出的贡献筛选筹集和使用公共资源的相关政策。在所有为促进性别平等而进行努力的过程中，必须注意性别因素与其他形式的歧视和排斥因素（与年龄、能力、地点、种族等有关）相互重叠的问题。例如，农村女孩早婚的可能性是城市女孩的两倍。

改革社会规范对于转变那些持久的、性别不平等的驱动因素至关重要。尽管全球妇女逐渐认识到了个人权利，并有能力主张权利，但男性的态度仍然是主要障碍。最大的体现就是妇女普遍承担了大部分无酬照护工作，即使在性别平等取得重大进展的国家，男性仍未能与妇女平等分担无酬照护工作。如此就造成一些妇女生育的子女数量要少于个人意愿的结果。反之，对于那些子女数量多于个人意愿的女性来说，大量家务会阻碍参与其他活动，例如有偿工作或参与社区事务。



© 艾比·特拉勒·史密斯 (Abbie Traylor-Smith) / 帕诺斯影业 (Panos Pictures)

## 生育率高的国家如何应对

生育率高的国家往往还面临贫困率过高和服务负担过重的问题，特别是在农村地区。虽然这些国家的某些群体，特别是城市的年轻人，趋向于少生育孩子，但充分实现生殖权利意味着每个人都能进行知情选择。在这些国家，避孕需求无法得到满足的情况通常极为普遍，这是夫妇难以实现生殖目标的最根本障碍。

### 扩大生殖健康保健服务的覆盖范围，提高服务质量

要实现人们的生殖权利，并能够按照意愿决定子女数量，就要以那些远远落在后面的人们为出发点，为他们提供生殖健康服务。在生育率较高的国家，这部分群体往往是农

村地区的穷人。健康诊所和社区工作者要建立综合服务模式，以提供家庭计划药具和信息的综合服务。这些综合服务有助于转变社会规范，例如，转变阻碍使用避孕药具和限制妇女权利。在性别暴力案件中，此类服务也可成为提供基础支持和转诊的切入点。

卫生系统需要确保所有居住在城市和农村地区的妇女都能平等地获取各种避孕药具或服务，以及其他预防和治疗性传播感染的必需支持。鉴于避孕套是当前单身人士最常用的避孕方法，卫生系统可以用更多的精力在家庭计划和艾滋病感染预防方案之间建立联系。鉴于人权问题和婴儿和儿童的高死亡率驱动了高生育率，必须在营养、食品安全和妇女赋权等相关项目支持下，改进孕产妇和儿童保健方案。其他优先事项应包括完善

卫生管理信息系统，涵盖服务质量和服可及性，以及加强提升保健人员（特别是助产士等中层人员）的能力。

### 确保每个人都知道自己的生殖权利并行使这些权利

社会规范是导致生育率居高不下的重要因素，家庭计划服务的缺陷也起到推波助澜的作用。要对那些阻碍对怀孕次数和怀孕时间进行知情选择的社会规范提出质疑，否则就无法实现个人生殖权利。

转变社会规范的手段之一是开展行为改变宣传运动。需要在赋权原则和人权原则的基础之上制定规范，特别是在信息相对贫乏的农村地区，例如，这意味着不仅要向人们解释如何使用避孕药具，还要帮助他们思考未来家庭的规模，其对未来福祉的影响，以及家庭内部男性和女性决策过程。

### 结束童婚

早婚是一种侵犯人权的行为，通常会导致对生殖权利以及其他权利的剥夺。法律应明文禁止童婚，并切实履行。然而，鉴于某些国家普遍存在童婚现象，有必要对根深蒂固的、源于目的性和容许性的观念提出挑战，这需要努力改变整个体系。

有社会影响力的人和决策者，如传统的酋长和议员，可以成为说服人们接受“新常态”的强有力声音。通过强调常常伴随童婚的是有危害的早孕等基本信息，以提高人们的认知水平。优质教育也可以发挥作用，因为教



©西蒙·施特赖特克 (Simon Straetker) / Ascent Xmedia / 华盖创意

育可使女孩留在学校，有机会了解个人权利，使她们能够在处于危险时寻求援助。优质教育能够培养技能，使她们在未来生活中作出知情选择。

### 优先考虑农村妇女就业

对世界各地的妇女来说，进入现代经济为她们提供了收入、信息和新的思维方式，并为她们创造了体验家庭之外生活的机会。这也是生育率下降的一个重要驱动因素。在生育率较高的国家，农村地区的妇女很难找到高质量的工作或可持续维持生计的机会，教育、农业和劳动力市场政策可以在很多方面进行完善。目前这些政策基本不分性别，这意味着政策的主要受益者实际为男性。例



如，妇女对农业经济作出了重大贡献，但农业推广服务经常主要面向男性农民。

农村妇女的经济权能在很大程度上依赖于平等的土地权和财产权以及平等获得资金和技术的机会。另外一个优先事项，使更多的农村妇女加入职业培训，强调她们有权利接受更高水平的教育。为妇女参与地方治理开辟空间，维护她们的参与权，以影响为妇女提供所需服务的地方议程。增强妇女赋权可以提高认知、建立自信心，鼓励妇女成为社区楷模，并推动生育和家庭计划在的一系列问题的社会规范的转变。

### 优先考虑生殖保健投入

由于各种原因，许多国家在进行卫生预算时仍然会忽视生殖健康。最贫困的国家仍然依赖于国际捐助方的资助。但近年来国际捐助方较少关注包括家庭计划在内的生殖健康服务。考虑到生育的深远影响，并根据实现生殖权利和发展友好伙伴关系的承诺，健康生殖保健需要各国和国际卫生资源的优先投入。

### 中等生育率的国家如何应对

虽然生育率介于2和4之间的国家总体发展水平参差不齐，但在这些国家，生育保健信息与服务普及，人民意识到未来的福祉——不论是收入水平还是教育质量——都与生育选择息息相关。一些国家正面临着诸多困境，比如在不同人群和社区间生育率差异较大、有偿劳动力市场新生力量不足、老龄化速度创历史新高等，这些都代表着巨大的社会和经济需求。

### 提供更加平等的生殖健康保健服务

许多中等生育率的国家在拓展医疗卫生体系方面取得了一定成绩，与高生育率的国家相比，其体系通常更完备。生育率处于中等水平的国家，在全国范围内提高或降低生育率或许并非燃眉之急。然而，单纯考虑平均生育率却可能致使人们忽视群体间的生殖权利差异，例如，意外怀孕率居高不下、避孕需求得不到满足，消除差异是普遍可及追求的目标。

偏远地区居民、少数民族、年轻群体、未婚群体以及农村和城市贫民在获取各种避孕措施、服务和知识时都处于劣势。事实上，他们不仅应该享受到服务，还应得到量身定制的服务，例如，通过适宜方式得到家庭计划信息。为了提供更全面的计划生育选择，在引入和普及辅助生育手段方面，可做的努力还有很多。

一些国家的不合时宜的生育比例和非意愿生育率居高不下，他们需要审视、调整本国的服务模式和有效性，从而使人们应有的权利不在实际中丧失，例如，一位女性本来拥有生育选择权，但伴侣不允许她采取避孕措施，阻止她自主决定生育时机及间隔，这便是在实际中丧失了权利。上述国家还应该促进家庭计划项目、预防/抵御性别暴力的措施以及女性经济赋权之间的联系。这些联系体现在筛检和转诊系统中，如此，一旦女性来寻求家庭计划服务，按照已有的流程确定其需求，并根据需要转诊到其他医疗服务中心。

## 关注青年和青少年，特别是未婚群体

在一些中等生育率的国家，青少年群体规模庞大——这是此前高生育率的遗留现象。他们对生殖健康保健需求巨大，国家却迟迟没有采取应对措施，即使到了他们开始生育子女，人口出现暴涨的时候。人们的一些臆断阻碍了生殖健康服务的普及，包括：“一刀切”式的服务；“青少年年龄尚小，性行为不活跃”；“未婚的青年应禁用避孕措施”。

年轻人通过科技手段接触到了大量信息，这些信息在某种程度上使年轻人做出未来少生育的选择。但他们需要持久的和优质的支持和服务，包括全面的性教育以及面向青年的生殖健康保健服务和信息。若能无差别地对待已婚和未婚群体，那么服务惠及的人群将更为广泛。不论如何，服务提供者都应带着尊重之心，致力于为人们维权和赋权，尤其面对女性。

青春期是大脑发育的重要时期，其发育程度仅次于婴幼儿期。青少年在这个时期获得的信息，将受用于一生的生殖健康和生育方面的知情选择。青春期是人类行为发展的重要节点。在这个节点，许多年轻的女性因童婚或意外怀孕而脱离正轨，甚至无法改变。由于糟糕的教育系统和疲软的就业市场限制了部分青春期女性的眼光，她们或许会不可避免地走上脱轨之路。在这种情况下，国家不应单纯实施人口与生殖健康保健政策，而要结合其他政策来确保青春期向成人期的稳健过渡，比如结合劳动力市场的准入政策。

## 增加女性的就业选择，提高女性劳动力参与率

在一些中等生育率的国家，女性劳动力参与率较低，甚至在教育程度差距逐步缩小的国家，也会出现上述情况。这种女性受到差别对待、被有偿劳动力市场拒之门外的情况出现，使得女性在工作上妥协，投身到欠佳的工作，难有一番作为，或者担负着不公平的无酬照护责任。由于儿童保育及其他服务的匮乏，大量女性无法平衡家庭和工作责任。上述情况产生的后果可能包括：更多女性和孩童落入脱贫无门的境地；新兴经济体的整体实力受到冲击；个人和社会在教育方面的投资蒙受损失。同样严重的是，由于女性只能接触有限的信息、依赖男性伴侣及其收入等原因，她们失去了规划自己家庭生活的能力和权利。

国家应采取具体的政策和举措来缩小男女薪资差距，对于将女性拉入低质量就业市场的劳动力模式，也应加以限制。此外，还应当废除歧视性的法律条款，比如禁止女性参与特定工作，以及女性低龄退休的相关规定。中等生育率的所有国家均可考虑普及儿童保育服务，普及产假和陪产假政策，让那些在非正规劳动部门工作的或者自雇人士都能享受到这些福利。

注重两性平等的劳动力市场政策可以更好地促进女性参与劳动。就业选配项目、实习和学徒制以及职业培训计划等也能让更多的女性享受福利，鼓励她们摆脱传统的性别观念，从而自由择业。经济结构转型带来了

更多高生产力的工作，作为大背景中的一部分，女性需要获得平等的机会，以把握科学和技术带来的新机遇。

在一些中等生育率的国家，大量女性为了工作而移居他乡，她们通过汇款对经济作出了重大贡献。有鉴于此，移徙应该是一个安全的过程，这种安全保障不仅应体现在劳工标准方面，还应体现在行使生殖权利方面。后者具体包括：让女性在移居地也能享受同样的家庭计划服务；全面保护女性在移居国（或地区）免受性暴力及性别暴力侵害；为适龄归国并准备结婚生子的女性提供帮助等。

### 以维权为本，制定预算开支制度

由于政府削减发展援助资金，税收效率低下或偿债水平高，许多中等生育率的国家在医疗保健服务的公共筹资方面受到了多重限制。国家不得不作出优先性排序，这样一来，很可能忽视生殖健康问题。部分国家的服务已经私有化，贫穷或年轻的群体可能会负担不起高昂的费用，从而丧失应有的权利。

若想让人们拥有更多的选择，国家可以采用以维权为本的预算方案：加大拨款力度，让人们普遍获取各种避孕产品和服务；调整税收政策来增加收入，以加强和拓展服务。生育率和生殖权利对于社会的健康稳定以及经济的蓬勃发展至关重要，只有更加清楚地认识到这一点，上述建议才能成为现实。若真如此，各国人民便能从中受益。



© 贾斯珀·科尔 (Jasper Cole) / 华盖创意 (Getty Images)

### 低生育率的国家如何应对

在低生育率的国家，正规教育水平往往较高，性别平等观念也更深入人心，再加上社会的不断变化，这几个因素常常催生出晚婚、高离婚率和高非婚生育现象。许多女性选择先发展事业再组建家庭，她们在经济上能保持独立。然而，低生育率国家的女性纷纷表示，现实子女数量并未达到自己的期待。阻碍她们行使生殖权利的因素包括经济困难、缺乏住房、劳动力市场不稳定以及工作与家庭生活难以平衡的长期问题。



低生育率意味着家庭的子女较少，这样一来，父母能够投入更多的时间和资源，促进子女的健康成长。同时，低生育率国家的人口正在走向老龄化，随之而来的的医疗护理成本的增加和劳动力的萎缩。

### 维护生殖权利，实现自主选择

部分低生育率国家拥有高质量的家庭计划服务，其服务对象覆盖贫困人口，并且保护青少年远离意外怀孕。然而，一成不变的服务不能随着生育率的波动和女性或夫妇的需求而出现变化。生殖权利的维护还存在不足，比如缺乏针对大龄晚育女性的政策，缺乏完整的避孕措施选项。符合道德准则及医疗标准的体外受精等生育辅助手段是一些女性可以选择的方法，而要普及这些辅助手段，就需要解决成本过高等问题。家庭计划项目应为女性或夫妇提供完整的避孕措施选项，使他们结合具体需求或偏好进行选择。

### 拓宽覆盖范围，实现家庭友好政策

除了基本的生治健康保健服务之外，还应提供支持人们行使生殖权利的，包括组建和扩大家庭方面的系列相关政策与实践。这些政策包括带薪产假和陪产假、家庭的税收减免、协调学校和工作时间表、提高工作时间灵活性以及给予住房优惠等普惠政策。就业方面的政策包括提供连续的医疗及养老福利等。只有这样，人们才能跟上劳动力市场的急剧变化，应对工作不稳定带来的挑战。国家还应主动面对并改变家务和育儿方面的传统性别分工观念，这种观念阻碍女性参与有偿劳动。

### 扩大儿童保育范围

在许多国家，人们普遍认为女性应该承担育儿的主要责任。迫于这样的观念，女性不得不在生儿育女和工作之间作出抉择。薄弱的、不存在的或昂贵的儿童保育服务加剧了这一问题。对于许多女性而言，生儿育女意味着长时间离开工作岗位，这会影响她们的收入和劳动生产率。

解决这一问题需要多方努力。面对不同的家庭经济状况，都应广泛普及儿童保育服务和儿童早期发展项目。儿童早期发展项目有益于儿童社会化、大脑发育和早期教育。此外，还应加大宣传力度，促进无酬照护责任分工方面的性别平等。

### 缓解劳动力市场不稳定带来的危机

对于低生育率国家的年轻人来说，寻找体面工作的难度越来越大。鉴于全球经济的深刻变革以及自动化的兴起，这个问题可能会随着时间推移而逐渐恶化：应届毕业生岗位越来越少；许多蓝领工作业已消失；人们的实际收入水平有所下降；短期合同取代了稳定的长期就业；部分国家的职场文化依然固守陈规，而且要求甚高，需要劳动力长时间工作。在劳动力市场萎缩严重的地方，人们选择了移居他乡，这便加剧了人口和生产力的流失。

倘若年轻人对未来的情形感到不确定，他们便会推迟组建家庭。虽然可负担、可获取的儿童保育服务以及灵活的工时政策给予人们较大的安慰，却无法改变低质量工作和

收入不足的普遍现象。解决这些问题，首先要关注经济结构及其提供的就业机会，同时要采取行动，培训年轻人具有求得体面工作所需要的技能。

一些国家需要围绕就业性质、就业质量和工作不平等问题进行政策研讨，政府、私营企业主、工会、教育工作者和其他社会工作者都应参与其中，研讨的目的提供更为公平、更为包容的就业选择，从而维护生殖权利乃至其他人权。由于经济活动和人员的流动性和跨境工作，部分讨论融入区域和全球的视角。

### 实现生殖权利，完成生育转变

如今，世界各地的人们纷纷主张拥有生殖选择的权利，自主决定生育子女的时机和数量，这便导致了生育率的历史性转变——生育率降低。过去的 50 年时间里，生殖权利已经在许多国际宣言、公约及其他协定中得

到了充分体现。

然而，历史性的低生育率表明，各国并未达成上述维权承诺。在世界的每个角落，人们的生殖权利都面临着社会、经济或体制等各种因素的阻碍，这迫使个人和社会付出更高的成本。每个国家遇到的阻碍可能各不相同，但没有一个国家可以宣称自己不受其困扰。未来的幸福在很大程度上依赖于这些阻碍的消除。只有人人都意识到自己拥有选择的权利，生育转变才可能圆满完成。

© 米歇尔·克罗 (Michele Crowe) / [www.theuniversalfamilies.com](http://www.theuniversalfamilies.com)



# 监测国际人口与发展会议目标： 部分指标

国家/领土或其他地区	性与生殖健康										有害行为		教育						
	2015年孕产妇死亡率(MMR)(每10万例活产死亡数) <sup>a</sup>		2015年孕产妇死亡率的大致范围(UI 80%)		2006–2017年专业医务人员接生率	2006–2017年青少年生育率(每1000名15-19岁女性)	2018年15-49岁女性避孕普及率		2018年15-49岁未满足家庭计划率 <sup>b</sup>	2018年15-49岁女性家庭计划需求满足率 <sup>c</sup> (采用现代避孕方法)	2007–2016年对性健康、生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比	2006–2017年18岁以下童婚人数百分比	2004–2017年15-19岁女童进行割礼的人数百分比	2007–2017年调整后小学净入学率(百分比)		2007–2017年小学性别平等指数	2007–2017年中学净入学率(百分比)		2007–2017年中学性别平等指数
	最低	最高					任何方法 <sup>d</sup>	现代方法 <sup>e</sup>						男性	女性		男性	女性	
阿富汗	396	253	620	51	87	26	23	25	46	-	35	-	-	-	-	62	36	0.58	
阿尔巴尼亚	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	-	96	95	0.99	87	85	0.98	
阿尔及利亚	140	82	244	97	12	64	56	10	77	-	3	-	100	98	0.98	-	-	-	
安哥拉	477	221	988	50	163	17	15	36	29	-	30	-	89	66	0.75	13	10	0.79	
安提瓜和巴布达	-	-	-	-	-	63	61	14	80	-	-	-	82	81	0.99	73	76	1.04	
阿根廷	52	44	63	100	65	69	66	11	82	-	-	-	100	100	1.00	86	91	1.05	
亚美尼亚	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	-	92	93	1.01	93	92	0.99	
阿鲁巴	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1.00	73	81	1.10	
澳大利亚	6	5	7	100	12	66	64	11	83	-	-	-	96	97	1.01	93	94	1.01	
奥地利	4	3	5	98	8	67	64	10	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
阿塞拜疆	25	17	35	100	53	58	28	13	39	-	11	-	96	94	0.98	-	-	-	
巴哈马	80	53	124	-	32	67	65	12	83	-	-	-	85	92	1.08	79	86	1.09	
巴林	15	12	19	100	14	67	48	11	62	-	-	-	97	99	1.02	92	94	1.02	
孟加拉国	176	125	280	50	78	64	57	12	76	-	59	-	90	100	1.11	60	67	1.12	
巴巴多斯	27	19	37	99	50	62	58	15	76	-	11	-	92	94	1.03	93	100	1.07	
白罗斯	4	3	6	100	16	73	60	7	75	-	3	-	96	97	1.00	97	99	1.01	
比利时	7	5	10	-	7	72	71	7	90	-	-	-	98	98	1.00	93	94	1.01	
伯利兹	28	20	36	97	69	54	51	19	70	-	26	-	100	99	0.99	71	74	1.04	
贝宁	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75	
不丹	148	101	241	89	28	62	62	13	83	-	26	-	82	84	1.02	59	68	1.16	
玻利维亚	206	140	351	90	71	66	48	16	59	-	19	-	91	90	0.99	78	78	1.00	
波斯尼亚和黑塞哥维那	11	7	17	100	11	49	20	15	31	-	4	-	-	-	-	-	-	-	
博茨瓦纳	129	102	172	100	39	59	57	14	79	-	-	-	89	90	1.01	-	-	-	
巴西	44	36	54	99	62	80	77	7	88	-	26	-	94	95	1.01	80	83	1.04	
文莱达鲁萨兰国	23	15	30	100	11	-	-	-	-	-	-	-	97	96	1.00	82	84	1.03	
保加利亚	11	8	14	100	39	72	53	10	65	-	-	-	93	93	1.00	91	89	0.97	
布基纳法索	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0.97	28	28	0.99	
布隆迪	712	471	1050	85	58	32	27	28	45	49	20	-	97	97	1.00	31	34	1.08	
柬埔寨	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	-	93	93	1.00	40	37	0.92	
喀麦隆共和国	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88	
加拿大	7	5	9	98	11	73	71	8	88	-	-	-	-	-	-	99	100	1.01	
佛得角	42	20	95	91	80	66	63	13	80	-	-	-	87	86	0.98	61	68	1.11	
中非共和国	882	508	1500	40	229	26	20	23	41	-	68	18	77	60	0.79	18	9	0.52	
乍得	856	560	1350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0.77	-	-	-	
智利	22	18	26	100	41	75	72	8	86	-	-	-	93	93	1.00	86	89	1.04	
中国	27	22	32	100	9	83	82	4	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
中国香港特别行政区	-	-	-	-	3	76	72	7	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
中国澳门特别行政区	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
哥伦比亚	64	56	81	99	75	80	75	7	86	-	23	-	93	94	1.01	76	82	1.07	
科摩罗	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	-	84	81	0.97	43	47	1.09	
刚果民主共和国	693	509	1010	80	138	25	11	27	22	31	37	-	-	-	-	-	-	-	
刚果共和国	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	-	84	91	1.09	-	-	-	
哥斯达黎加	25	20	29	99	53	79	77	7	89	-	21	-	97	97	1.00	81	84	1.04	
科特迪瓦	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0.90	41	30	0.73	



国家/领土或其他地区	性与生殖健康										有害行为		教育						
	2015年孕产妇死亡率(MMR)(每10万例活产死亡数) <sup>a</sup>		2015年孕产妇死亡率的大致范围(UI 80%)		2006-2017年专业医务人员接生率	2006-2017年青少年生育率(每1000名15-19岁女性)	2018年15-49岁女性避孕普及率		2018年15-49岁未满足家庭计划率 <sup>b</sup>	2018年15-49岁女性家庭计划需求满足率 <sup>c</sup> (采用现代避孕方法)	2007-2016年对性健康、生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比	2006-2017年18岁以下童婚人数百分比	2004-2017年15-19岁女童进行割礼的人数百分比	2007-2017年调整后小学净入学率(百分比)		2007-2017年小学性别平等指数	2007-2017年中学净入学率(百分比)		2007-2017年中学性别平等指数
	最低	最高					任何方法 <sup>d</sup>	现代方法 <sup>e</sup>						男性	女性		男性	女性	
克罗地亚	8	6	11	100	10	65	47	11	62	-	-	-	96	99	1.04	89	92	1.04	
古巴	39	33	47	100	50	74	72	8	88	-	26	-	96	95	1.00	83	88	1.06	
库拉索	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
塞浦路斯	7	4	12	97	5	-	-	-	-	-	-	-	98	98	1.01	94	95	1.01	
捷克	4	3	6	100	12	80	71	6	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
丹麦	6	5	9	94	3	70	67	10	84	-	-	-	99	99	1.01	88	92	1.04	
吉布提	229	111	482	87	21	27	26	29	47	-	5	90	62	56	0.89	38	32	0.83	
多米尼克国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	99	1.02	90	97	1.08	
多米尼加共和国	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	-	88	88	1.00	62	71	1.13	
厄瓜多尔	64	57	71	97	111	79	71	7	83	-	-	-	97	99	1.02	87	89	1.02	
埃及	33	26	39	92	56	61	59	12	81	-	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00	
萨尔瓦多	54	40	69	100	69	72	67	10	82	-	26	-	85	86	1.01	63	65	1.03	
赤道几内亚	342	207	542	68	176	18	14	32	29	-	30	-	44	45	1.02	-	-	-	
厄立特里亚	501	332	750	34	76	14	13	30	30	-	41	69	45	41	0.91	29	26	0.88	
爱沙尼亚	9	6	14	100	13	66	61	11	79	-	-	-	93	94	1.01	93	94	1.02	
斯威士兰	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	-	77	76	0.99	32	41	1.29	
埃塞俄比亚	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97	
斐济	30	23	41	100	40	49	45	19	66	-	-	-	98	98	1.01	79	88	1.11	
芬兰	3	2	3	100	6	83	78	4	90	-	-	-	99	99	1.00	96	96	1.01	
法国	8	7	10	97	5	77	74	5	91	-	-	-	99	100	1.01	98	100	1.01	
法属圭亚那	-	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
法属波利尼西亚	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
加蓬	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	-	-	-	-	-	-	-	
冈比亚	706	484	1030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1.10	-	-	-	
格鲁吉亚	36	28	47	100	44	55	40	15	58	-	14	-	98	98	0.99	94	97	1.03	
德国	6	5	8	99	8	63	62	11	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
加纳	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1.02	52	53	1.01	
希腊	3	2	4	-	8	70	50	9	63	-	-	-	94	93	1.00	90	89	0.99	
格林纳达	27	19	42	-	-	65	62	13	80	-	-	-	96	97	1.01	83	90	1.08	
瓜德罗普	-	-	-	-	-	59	54	16	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
关岛	-	-	-	-	38	53	46	16	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
危地马拉	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	-	87	87	1.00	48	46	0.96	
几内亚	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0.86	40	26	0.66	
几内亚比绍	549	273	1090	45	106	19	18	21	44	-	24	42	74	70	0.95	-	-	-	
圭亚那	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	-	95	97	1.02	81	86	1.06	
海地	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	-	-	-	-	-	-	-	
洪都拉斯	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	-	82	84	1.02	42	49	1.16	
匈牙利	17	12	22	-	23	68	60	10	76	-	-	-	97	97	1.00	89	89	1.00	
冰岛	3	2	6	98	8	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1.00	89	91	1.02	
印度	174	139	217	86	28	56	51	13	73	-	27	-	97	98	1.01	61	62	1.01	
印度尼西亚	126	93	179	93	48	61	59	13	80	-	14	-	94	89	0.95	76	78	1.02	
伊朗伊斯兰共和国	25	21	31	99	38	78	65	5	78	-	17	-	99	99	1.01	72	73	1.00	
伊拉克	50	35	69	70	82	58	44	12	62	-	24	5	98	87	0.89	49	40	0.81	
爱尔兰	8	6	11	100	9	68	63	11	80	-	-	-	99	100	1.01	98	100	1.02	
以色列	5	4	6	-	10	71	57	8	71	-	-	-	97	98	1.01	98	100	1.02	
意大利	4	3	5	100	5	69	54	9	69	-	-	-	99	99	1.00	97	96	1.00	
牙买加	89	70	115	99	46	72	69	10	84	-	8	-	-	-	-	69	77	1.11	
日本	5	4	7	100	4	44	40	22	61	-	-	-	99	99	1.00	99	100	1.01	
约旦	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	-	-	-	-	68	70	1.03	
哈萨克斯坦	12	10	15	99	31	57	55	15	76	-	7	-	98	100	1.02	100	100	1.00	

# 监测国际人口与发展会议目标:部分指标

国家/领土或其他地区	性与生殖健康										有害行为		教育							
	2015年孕产妇死亡率(MMR)(每10万例活产死亡数) <sup>a</sup>		2015年孕产妇死亡率的大致范围(UI 80%)		2006-2017年专业医务人员接生率	2006-2017年青少年生育率(每1000名15-19岁女性)	2018年15-49岁女性避孕普及率		2018年15-49岁未满足家庭计划率 <sup>b</sup>	2018年15-49岁女性家庭计划需求满足率 <sup>c</sup> (采用现代避孕方法)	2007-2016年对性健康、生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比	2006-2017年18岁以下童婚人数百分比	2004-2017年15-19岁女童进行割礼的人数百分比	2007-2017年调整后小学净入学率(百分比)		2007-2017年小学性别平等指数		2007-2017年中学净入学率(百分比)		2007-2017年中学性别平等指数
	最低	最高					任何方法 <sup>d</sup>	现代方法 <sup>e</sup>						男性	女性	男性	女性	男性	女性	
肯尼亚	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94		
基里巴斯	90	51	152	80	49	28	24	26	44	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	
朝鲜民主主义人民共和国	82	37	190	100	1	75	71	8	86	-	-	-	-	-	-	76	76	1.01		
韩国	11	9	13	100	1	78	70	6	84	-	-	-	97	98	1.01	98	98	1.00		
科威特	4	3	6	100	6	57	47	15	65	-	-	-	95	99	1.04	84	89	1.07		
吉尔吉斯斯坦	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	-	99	98	0.99	85	85	1.00		
老挝人民民主共和国	197	136	307	40	76	56	50	17	68	-	35	-	95	94	0.98	60	58	0.98		
拉脱维亚	18	13	26	100	18	69	62	11	78	-	-	-	95	96	1.00	91	94	1.03		
黎巴嫩	15	10	22	-	-	61	48	13	64	-	6	-	87	82	0.94	65	65	1.00		
莱索托	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	-	79	82	1.03	29	45	1.53		
利比里亚	725	527	1030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0.93	16	14	0.88		
利比亚	9	6	15	100	11	50	33	18	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
立陶宛	10	7	14	-	14	66	56	11	73	-	-	-	99	100	1.00	94	93	1.00		
卢森堡	10	7	16	100	6	-	-	-	-	-	-	-	97	98	1.01	82	86	1.05		
马达加斯加	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	-	-	-	-	29	31	1.06		
马拉维	634	422	1080	90	136	61	60	17	77	47	42	-	95	99	1.04	32	31	0.96		
马来西亚	40	32	53	99	12	53	39	17	55	-	-	-	99	99	1.00	71	77	1.09		
马尔代夫	68	45	108	96	13	44	37	23	55	-	4	-	98	99	1.01	-	-	-		
马里	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0.88	37	28	0.75		
马耳他	9	6	15	100	11	84	66	4	75	-	-	-	97	100	1.03	87	92	1.05		
马提尼克	-	-	-	-	20	60	56	15	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
毛里塔尼亚	602	399	984	69	71	20	18	30	35	-	37	63	69	73	1.05	26	27	1.06		
毛里求斯	53	38	77	100	24	67	43	10	56	-	-	-	94	97	1.03	82	87	1.06		
墨西哥	38	34	42	98	63	71	68	11	82	-	26	-	98	100	1.02	76	79	1.04		
密克罗尼西亚联邦	100	46	211	85	44	-	-	-	-	-	-	-	83	85	1.03	-	-	-		
摩尔多瓦共和国	23	19	28	99	27	64	49	12	64	-	12	-	90	90	0.99	76	77	1.01		
蒙古	44	35	55	99	27	58	52	14	72	-	5	-	99	98	0.99	91	94	1.03		
黑山	7	4	12	99	11	38	23	21	39	-	5	-	95	92	0.97	90	90	1.00		
摩洛哥	121	93	142	74	32	69	62	9	79	-	-	-	95	94	1.00	60	54	0.90		
莫桑比克	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	-	92	87	0.95	19	19	1.02		
缅甸	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	-	90	89	0.99	54	59	1.09		
纳米比亚	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	-	89	92	1.03	45	57	1.26		
尼泊尔	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	-	96	93	0.97	53	57	1.07		
荷兰	7	5	9	-	3	72	69	7	86	-	-	-	97	98	1.01	93	94	1.01		
新喀里多尼亚	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
新西兰	11	9	14	96	16	71	68	9	85	-	-	-	98	99	1.01	95	97	1.02		
尼加拉瓜	150	115	196	88	92	80	77	6	90	-	35	-	97	100	1.03	45	53	1.17		
尼日尔	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0.86	20	14	0.68		
尼日利亚	814	596	1180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0.84	-	-	-		
挪威	5	4	6	99	5	75	70	7	84	-	-	-	100	100	1.00	95	96	1.01		
阿曼	17	13	24	99	14	37	25	26	39	-	-	-	98	99	1.00	96	94	0.99		
巴基斯坦	178	111	283	52	44	41	32	20	53	-	21	-	84	71	0.85	50	41	0.81		
巴勒斯坦 <sup>1</sup>	45	21	99	100	48	60	47	12	65	-	15	-	92	93	1.01	78	86	1.10		
巴拿马	94	77	121	95	79	60	57	16	75	-	26	-	88	87	0.99	67	72	1.07		
巴布亚新几内亚	215	98	457	53	-	37	31	25	50	-	21	-	89	82	0.92	-	-	-		
巴拉圭	132	107	163	96	62	72	68	9	85	-	22	-	89	89	1.00	67	66	1.00		
秘鲁	68	54	80	92	65	76	56	7	67	-	22	-	99	100	1.01	79	80	1.02		
菲律宾	114	87	175	73	47	56	41	17	56	-	15	-	96	97	1.01	60	72	1.19		
波兰	3	2	4	100	12	61	51	14	69	-	-	-	96	96	1.00	92	93	1.01		

国家/领土或其他地区	性与生殖健康										有害行为		教育							
	2015年孕产妇死亡率(MMR)(每10万例活产死亡数) <sup>a</sup>		2015年孕产妇死亡率的大致范围(UI 80%)		2006-2017年专业医务人员接生率	2006-2017年青少年生育率(每1000名15-19岁女性)	2018年15-49岁女性避孕普及率		2018年15-49岁未满足家庭计划率 <sup>b</sup>	2018年15-49岁女性家庭计划需求满足率 <sup>b</sup> (采用现代避孕方法)	2007-2016年对性健康、生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比	2006-2017年18岁以下童婚人数百分比	2004-2017年15-19岁女童进行割礼的人数百分比	2007-2017年调整后小学净入学率(百分比)		2007-2017年小学性别平等指数		2007-2017年中学净入学率(百分比)		2007-2017年中学性别平等指数
	最低	最高					任何方法 <sup>c</sup>	现代方法 <sup>c</sup>						男性	女性	男性	女性	男性	女性	
葡萄牙	10	9	13	99	8	70	63	9	79	-	-	-	97	96	1.00	93	94	1.01		
波多黎各	14	10	18	-	30	78	70	6	84	-	-	-	79	84	1.07	72	77	1.07		
卡塔尔	13	9	19	100	10	46	41	17	64	-	4	-	98	98	1.00	76	89	1.17		
留尼旺	-	-	-	-	44	73	71	8	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
罗马尼亚	31	22	44	95	35	70	58	8	74	-	-	-	90	90	1.00	81	81	1.00		
俄罗斯联邦	25	18	33	99	24	69	57	9	73	-	-	-	97	98	1.01	-	-	-		
卢旺达	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	-	95	96	1.01	25	30	1.18		
圣基茨和尼维斯	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
圣卢西亚	48	32	72	99	-	59	56	16	75	-	8	-	96	93	0.97	76	80	1.04		
圣文森特和格林纳丁斯	45	34	63	-	64	66	63	12	81	-	-	-	98	98	1.00	89	91	1.01		
萨摩亚	51	24	115	83	39	29	27	42	39	-	11	-	95	98	1.03	74	81	1.10		
圣马力诺	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	93	93	1.00	-	-	-		
圣多美和普林西比	156	83	268	93	92	43	40	30	55	-	35	-	97	97	0.99	61	68	1.11		
沙特阿拉伯	12	7	20	-	7	30	24	27	42	-	-	-	99	100	1.00	86	84	0.97		
塞内加尔	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1.10	-	-	-		
塞尔维亚	17	12	24	98	16	58	27	13	38	-	3	-	99	99	1.00	92	94	1.02		
塞舌尔	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	90	1.03		
塞拉利昂	1360	999	1980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1.01	33	30	0.91		
新加坡	10	6	17	100	3	66	59	11	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
圣马丁	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
斯洛伐克	6	4	7	-	24	71	61	9	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
斯洛文尼亚	9	6	14	100	5	77	66	6	79	-	-	-	97	99	1.01	96	96	1.01		
所罗门群岛	114	75	175	86	78	32	27	25	47	-	21	-	72	73	1.01	33	29	0.88		
索马里	732	361	1390	9	64	30	29	28	50	-	45	97	-	-	-	-	-	-		
南非	138	124	154	97	71	57	56	14	79	-	-	-	90	85	0.95	65	65	1.01		
南苏丹	789	523	1150	19	155	9	7	30	17	-	52	-	36	28	0.76	6	4	0.70		
西班牙	5	4	6	-	8	69	67	11	85	-	-	-	98	99	1.00	95	97	1.02		
斯里兰卡	30	26	38	99	20	65	53	8	74	-	12	-	98	96	0.98	84	87	1.04		
苏丹	311	214	433	78	87	16	15	28	35	-	34	82	55	58	1.05	-	-	-		
苏里南	155	110	220	90	58	52	52	19	72	-	19	-	93	97	1.04	53	65	1.22		
瑞典	4	3	5	-	4	69	63	10	80	-	-	-	100	100	1.00	100	99	1.00		
瑞士	5	4	7	-	6	74	70	7	86	-	-	-	100	100	1.00	87	84	0.97		
叙利亚	68	48	97	96	54	59	44	14	61	-	13	-	68	67	0.98	46	45	0.99		
塔吉克斯坦	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	-	99	98	0.99	87	78	0.90		
坦桑尼亚	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1.02	-	-	-		
泰国	20	14	32	99	43	79	76	6	90	-	23	-	92	87	0.94	77	77	1.01		
前南马其顿共和国	8	5	10	100	16	47	22	18	33	-	7	-	92	92	1.00	-	-	-		
东帝汶民主共和国	215	150	300	57	50	28	26	25	48	-	19	-	80	83	1.04	52	59	1.14		
多哥	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0.92	-	-	-		
汤加	124	57	270	96	30	36	32	28	51	-	6	-	95	97	1.03	72	80	1.12		
特立尼达和多巴哥	63	49	80	97	38	48	44	21	64	-	11	-	99	98	0.99	-	-	-		
突尼斯	62	42	92	74	7	67	57	9	75	-	2	-	99	98	0.99	-	-	-		
土耳其	16	12	21	97	27	75	50	6	62	-	15	-	95	95	0.99	88	86	0.98		
土库曼斯坦	42	20	73	100	28	54	51	15	74	-	6	-	-	-	-	-	-	-		
特克斯和凯科斯群岛	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
图瓦卢	-	-	-	93	28	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	71	92	1.30		
乌干达	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1.03	23	21	0.92		
乌克兰	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	-	92	94	1.02	86	87	1.01		
阿拉伯联合酋长国	6	3	11	100	34	50	42	18	61	-	-	-	98	96	0.98	89	86	0.96		
英国	9	8	11	-	14	79	79	6	93	-	-	-	99	99	1.00	98	99	1.01		



## 监测国际人口与发展会议目标:部分指标

国家/领土或其他地区	性与生殖健康										有害行为		教育						
	2015年 孕产妇死亡率 (MMR) (每 10万例活产死 亡数) <sup>a</sup>	2015年 孕产妇死亡率的大 致范围 (UI 80%)		2006–2017 年 专业医务人员 接生率	2006–2017 年 青少年生育率 (每1000 名15-19岁 女性)	2018年 15-49岁女性避孕 普及率		2018年 15-49岁未 满足家庭计 划率 <sup>b</sup>	2018年 15-49岁女性 家庭计划需求 满足率 <sup>c</sup> (采用现代避 孕方法)	2007–2016年 对性健康、生殖 健康和生殖权利 有决定权的人数 百分比	2006–2017 年		2007–2017年		2007–2017年		2007–2017 年 中学净入学率(百 分比)	2007–2017 年 小学性别平 等指数	2007–2017 年 中学性别平 等指数
		最低	最高			任何方法 <sup>d</sup>	现代方法 <sup>e</sup>				18岁以下 童婚人数百 分比	15-19岁女童 进行割礼的人 数百分比	调整后小学净入学率 (百分比)	男性	女性	男性			
美国	14	12	16	99	20	74	67	7	83	–	–	–	93	94	1.01	90	92	1.03	
美属维尔京群岛	–	–	–	–	25	68	63	11	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
乌拉圭	15	11	19	98	51	79	76	7	89	–	25	–	98	98	1.00	78	85	1.08	
乌兹别克斯坦	36	20	65	100	30	68	64	9	84	–	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99	
瓦努阿图	78	36	169	89	78	45	40	23	59	–	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07	
委内瑞拉	95	77	124	96	95	73	68	11	82	–	–	–	89	89	1.00	69	74	1.07	
越南	54	41	74	94	30	79	65	5	77	–	11	–	–	–	–	–	–	–	
西撒哈拉	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
也门	385	274	582	45	67	42	36	25	54	–	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74	
赞比亚	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	–	87	89	1.02	–	–	–	
津巴布韦	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01	

国家/领土或其他地区	性与生殖健康										有害行为		教育						
	2015年孕产妇死亡率(MMR)(每10万例活产死亡数) <sup>a</sup>		2015年孕产妇死亡率的大致范围(UI 80%)		2006—2017年专业医务人员接生率	2006—2017年青少年生育率(每1000名15-19岁女性)	2018年15-49岁女性避孕普及率		2018年15-49岁未满足家庭计划率 <sup>5</sup>	2018年15-49岁女性家庭计划需求满足率 <sup>5</sup> (采用现代避孕方法)	2007—2016年对性健康、生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比	2006—2017年18岁以下童婚人数百分比	2004—2017年15-19岁女童进行割礼的人数百分比	2007—2017年调整后小学净入学率(百分比)		2007—2017年小学性别平等指数	2007—2017年中学净入学率(百分比)		2007—2017年中学性别平等指数
	最低	最高				任何方法 <sup>5</sup>	现代方法 <sup>5</sup>						男性	女性		男性	女性		
阿拉伯国家	162	138	212	76	50	54	47	15	69	-	21	55	85	82	0.97	63	58	0.92	
亚太地区	127	114	151	84 <sup>b</sup>	28 <sup>b</sup>	67	62	10	81	-	26	-	96	94	0.99	67	68	1.02	
东欧和中亚	25	22	31	98	26	65	50	10	66	-	11	-	96	95	0.99	88	87	0.99	
拉丁美洲和加勒比地区	68	64	77	95 <sup>c</sup>	62 <sup>e</sup>	74	69	10	83	-	26	-	95	96	1.01	75	78	1.05	
东非和南部非洲	407	377	501	62	93 <sup>f</sup>	41	37	22	59	50	35	-	86	83	0.96	33 <sup>f</sup>	31 <sup>f</sup>	0.92 <sup>f</sup>	
西非和中部非洲	679	599	849	52	114	21	17	24	38	39	42	22	79	70	0.89	39	33	0.84	
较发达地区	12	11	14	-	14	68	61	10	78	-	-	-	96	97	1.01	92	93	1.02	
欠发达地区	238	228	274	-	48	62	57	12	77	-	-	-	92	89	0.97	62	61	0.99	
最不发达国家	436	418	514	56 <sup>d</sup>	91	41	36	21	59	49	40	-	84	80	0.94	39	36	0.92	
全球	216	207	249	79	44	63	57	12	77	53	21	-	92	90	0.98	66	65	1.00	

## 注

- 数据不可用

<sup>5</sup> 目前已婚或同居的妇女。

a 孕产妇死亡率已按照下列规律进行四舍五入: <100, 四舍五入到个位; 100-999, 四舍五入到最接近的个位; ≥1000, 四舍五入到十位。

b 基于数据可获得性, 不包括库克群岛、马绍尔群岛、瑙鲁、纽埃、帕劳群岛、托克劳和图瓦卢。

c 基于数据可获得性, 不包括安圭拉、阿鲁巴、百慕大群岛、英属维尔京群岛、开曼群岛、库拉索、蒙特塞拉特、圣马丁岛以及特克斯和凯科斯群岛。

d 基于数据可获得性, 不包括图瓦卢。

e 基于数据可获得性, 不包括安圭拉、安提瓜和巴布达、百慕大群岛、英属维尔京群岛、开曼群岛、厄瓜多尔、格林纳达、蒙塞拉特、圣马丁岛以及圣基茨和尼维斯。

f 数据包括塞舌尔。

g 15-19岁女孩中加入桑德(Sande)社团的人数百分比。桑德社团的会员都是女性割礼的拥护者。

1. 2012年11月29日, 联合国大会通过第67/19号决议, 给予巴勒斯坦“联合国非会员观察员国地位”。

# 人口指标

国家/领土或其他地区	人口							生育率		
	2018年 总人口 (单位:百万)	2010—2018年 人口年均变化率 (%)	2018年 0-14岁人口占比 (%)	2018年 10-24岁人口占比 (%)	2018年 15-64岁人口占比 (%)	2018年 65岁及以上人口占比 (%)	2018年出生预期寿命 (年)		2018年 女性总生育率	2015—2020年 平均生育年龄 (岁)
							男性	女性		
阿富汗	36.4	2.9	43	35	55	3	63	66	4.3	29.1
阿尔巴尼亚	2.9	0.0	17	21	69	14	77	81	1.7	27.5
阿尔及利亚	42.0	1.9	29	23	64	6	75	78	2.6	31.5
安哥拉	30.8	3.4	47	32	51	2	59	65	5.6	28.8
安提瓜和巴布达	0.1	1.1	24	25	69	7	74	79	2.0	27.6
阿根廷	44.7	1.0	25	24	64	11	73	81	2.3	28.2
亚美尼亚	2.9	0.2	20	19	68	11	72	78	1.6	26.8
阿鲁巴	0.1	0.5	18	21	69	14	74	79	1.8	28.6
澳大利亚 <sup>1</sup>	24.8	1.4	19	19	65	16	81	85	1.8	31.0
奥地利	8.8	0.5	14	15	67	19	80	84	1.5	30.8
阿塞拜疆 <sup>2</sup>	9.9	1.2	23	21	70	6	69	75	2.0	25.7
巴哈马	0.4	1.3	20	22	70	9	73	79	1.8	29.2
巴林	1.6	2.9	19	19	78	2	76	78	2.0	29.7
孟加拉国	166.4	1.1	28	29	67	5	71	75	2.1	25.4
巴巴多斯	0.3	0.3	19	19	66	15	74	79	1.8	29.0
白罗斯	9.5	0.0	17	15	68	15	68	79	1.7	28.5
比利时	11.5	0.6	17	17	64	19	79	84	1.8	31.1
伯利兹	0.4	2.2	31	30	65	4	68	74	2.4	27.1
贝宁	11.5	2.8	42	32	54	3	60	63	4.8	28.9
不丹	0.8	1.4	26	27	69	5	71	71	2.0	28.7
玻利维亚	11.2	1.5	31	29	62	7	67	72	2.8	28.4
波斯尼亚和黑塞哥维那	3.5	-0.8	14	17	69	17	75	80	1.4	29.3
博茨瓦纳	2.3	1.8	31	28	65	4	66	71	2.6	29.9
巴西	210.9	0.9	21	24	70	9	72	80	1.7	26.4
文莱达鲁萨兰国	0.4	1.4	23	24	72	5	76	79	1.8	30.3
保加利亚	7.0	-0.6	14	14	65	21	72	78	1.6	28.2
布基纳法索	19.8	2.9	45	33	53	2	60	62	5.2	29.2
布隆迪	11.2	3.1	45	31	52	3	56	60	5.5	30.3
柬埔寨	16.2	1.6	31	29	64	5	67	72	2.5	27.0
喀麦隆共和国	24.7	2.6	43	32	54	3	58	60	4.6	28.9
加拿大	37.0	1.0	16	17	67	17	81	85	1.6	30.7
佛得角	0.6	1.2	30	30	66	5	71	75	2.3	27.4
中非共和国	4.7	0.8	43	34	54	4	52	56	4.7	29.6
乍得	15.4	3.2	47	34	51	3	52	55	5.7	28.8
智利	18.2	0.9	20	22	68	11	77	82	1.8	27.8
中国 <sup>3</sup>	1,415.0	0.5	18	17	71	11	75	78	1.6	27.4
中国香港特别行政区 <sup>4</sup>	7.4	0.7	12	13	71	17	81	87	1.3	32.3
中国澳门特别行政区 <sup>5</sup>	0.6	2.0	14	14	76	10	81	87	1.4	30.9
哥伦比亚	49.5	0.9	23	24	69	8	71	78	1.8	27.4
科摩罗	0.8	2.4	40	31	57	3	62	66	4.2	30.0
刚果民主共和国	84.0	3.3	46	32	51	3	59	62	5.9	29.4
刚果共和国	5.4	2.6	42	31	54	3	64	67	4.5	28.3
哥斯达黎加	5.0	1.1	21	23	69	10	78	83	1.8	27.3



国家/领土或其他地区	人口							生育率		
	2018年 总人口 (单位:百万)	2010—2018年 人口年均变化率 (%)	2018年 0-14岁人口占比 (%)	2018年 10-24岁人口占比 (%)	2018年 15-64岁人口占比 (%)	2018年 65岁及以上人口占比 (%)	2018年出生预期寿命 (年)		2018年 女性总生育率	2015—2020年 平均生育年龄 (岁)
							男性	女性		
科特迪瓦	24.9	2.5	42	32	55	3	53	56	4.8	28.9
克罗地亚	4.2	-0.5	15	16	65	20	75	81	1.4	30.2
古巴	11.5	0.2	16	17	69	15	78	82	1.7	26.9
库拉索	0.2	1.1	19	19	65	17	76	82	2.0	28.5
塞浦路斯 <sup>6</sup>	1.2	0.8	17	20	70	14	79	83	1.3	29.8
捷克	10.6	0.1	16	14	65	19	76	82	1.6	30.6
丹麦	5.8	0.4	16	19	64	20	79	83	1.8	31.0
吉布提	1.0	1.7	31	30	65	4	61	65	2.7	32.2
多米尼克	0.1	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-
多米尼加共和国	10.9	1.2	29	27	64	7	71	77	2.4	25.8
厄瓜多尔	16.9	1.5	28	27	64	7	74	80	2.4	27.4
埃及	99.4	2.1	33	26	61	5	70	74	3.2	27.5
萨尔瓦多	6.4	0.5	27	29	64	8	69	78	2.0	26.8
赤道几内亚	1.3	4.0	37	29	60	3	57	60	4.5	28.1
厄立特里亚	5.2	2.1	41	32	55	4	64	68	4.0	29.5
爱沙尼亚	1.3	-0.2	17	15	64	20	73	82	1.7	30.3
斯威士兰	1.4	1.8	37	33	60	3	55	62	3.0	27.8
埃塞俄比亚	107.5	2.5	40	34	56	4	64	68	4.0	29.7
斐济	0.9	0.7	28	26	65	6	68	74	2.5	28.1
芬兰 <sup>7</sup>	5.5	0.4	16	17	62	22	79	84	1.8	30.6
法国	65.2	0.4	18	18	62	20	80	86	2.0	30.3
法属圭亚那	0.3	2.7	33	28	62	5	77	83	3.2	29.2
法属波利尼西亚	0.3	0.8	23	24	69	8	75	80	2.0	28.9
加蓬	2.1	2.9	36	28	60	4	65	69	3.7	29.0
冈比亚	2.2	3.1	45	33	53	2	60	63	5.3	30.4
格鲁吉亚 <sup>8</sup>	3.9	-1.0	19	18	66	15	69	78	2.0	26.7
德国	82.3	0.2	13	15	65	22	79	84	1.5	31.3
加纳	29.5	2.3	38	31	58	3	62	64	3.9	29.8
希腊	11.1	-0.3	14	15	65	21	79	84	1.3	31.3
格林纳达	0.1	0.4	26	25	66	7	71	76	2.1	28.5
瓜德罗普 <sup>9</sup>	0.4	0.0	18	21	64	18	78	85	1.9	30.2
关岛	0.2	0.5	24	25	66	10	78	82	2.3	28.8
危地马拉	17.2	2.1	34	32	61	5	71	77	2.9	28.5
几内亚	13.1	2.4	42	32	55	3	61	62	4.7	29.1
几内亚比绍	1.9	2.5	41	31	56	3	56	60	4.5	29.2
圭亚那	0.8	0.6	29	30	66	5	65	69	2.5	26.7
海地	11.1	1.3	33	30	62	5	62	66	2.8	30.0
洪都拉斯	9.4	1.7	31	31	64	5	71	77	2.4	27.7
匈牙利	9.7	-0.3	14	16	67	19	73	80	1.4	30.2
冰岛	0.3	0.7	20	20	65	15	82	84	1.9	30.6
印度	1,354.1	1.2	27	28	66	6	68	71	2.3	26.5
印度尼西亚	266.8	1.2	27	26	68	5	67	72	2.3	28.2
伊朗伊斯兰共和国	82.0	1.2	24	21	71	6	75	78	1.6	28.6

国家/领土或其他地区	人口							生育率		
	2018年 总人口 (单位:百万)	2010—2018年 人口年均变化率 (%)	2018年 0-14岁人口占比 (%)	2018年 10-24岁人口占比 (%)	2018年 15-64岁人口占比 (%)	2018年 65岁及以上人口占比 (%)	2018年出生预期寿命 (年)		2018年 女性总生育率	2015—2020年 平均生育年龄 (岁)
							男性	女性		
伊拉克	39.3	3.1	40	31	56	3	68	73	4.2	28.7
爱尔兰	4.8	0.5	22	19	64	14	80	84	2.0	31.4
以色列	8.5	1.6	28	23	60	12	81	84	2.9	30.7
意大利	59.3	-0.1	13	14	63	23	81	85	1.5	31.7
牙买加	2.9	0.4	23	26	67	10	74	79	2.0	27.7
日本	127.2	-0.1	13	14	60	27	81	87	1.5	31.3
约旦	9.9	4.0	35	30	61	4	73	76	3.2	29.8
哈萨克斯坦	18.4	1.4	28	20	64	7	65	75	2.6	28.6
肯尼亚	51.0	2.6	40	33	57	3	65	70	3.7	28.7
基里巴斯	0.1	1.8	35	29	61	4	63	70	3.6	30.7
朝鲜民主主义人民共和国	25.6	0.5	20	22	70	9	68	76	1.9	29.1
韩国	51.2	0.4	13	17	72	14	79	85	1.3	32.3
科威特	4.2	4.2	21	19	76	3	74	76	2.0	29.9
吉尔吉斯斯坦	6.1	1.5	32	25	63	5	67	75	2.9	28.2
老挝人民民主共和国	7.0	1.4	33	31	63	4	66	69	2.6	27.6
拉脱维亚	1.9	-1.2	16	14	64	20	70	79	1.6	30.2
黎巴嫩	6.1	4.3	23	26	69	9	78	82	1.7	29.8
莱索托	2.3	1.3	35	32	60	5	53	57	3.0	27.8
利比里亚	4.9	2.6	41	32	55	3	62	65	4.4	28.6
利比亚	6.5	0.6	28	25	68	4	69	75	2.2	32.8
立陶宛	2.9	-1.0	15	16	66	19	70	80	1.7	29.7
卢森堡	0.6	1.9	16	18	69	14	80	84	1.6	31.7
马达加斯加	26.3	2.7	41	33	56	3	65	68	4.1	28.0
马拉维	19.2	2.9	44	34	53	3	61	67	4.4	28.0
马来西亚 <sup>10</sup>	32.0	1.6	24	26	69	7	73	78	2.0	30.9
马尔代夫	0.4	2.5	23	22	72	4	77	79	2.0	29.0
马里	19.1	3.0	48	33	50	3	58	60	5.9	29.0
马耳他	0.4	0.5	14	16	66	20	80	83	1.5	30.4
马提尼克	0.4	-0.3	18	18	63	19	79	85	1.9	30.2
毛里塔尼亚	4.5	2.9	40	31	57	3	62	65	4.6	30.4
毛里求斯 <sup>11</sup>	1.3	0.2	18	22	71	11	72	79	1.4	28.1
墨西哥	130.8	1.4	26	27	67	7	75	80	2.1	26.9
密克罗尼西亚联邦	0.1	0.3	33	34	62	5	68	71	3.1	30.7
摩尔多瓦共和国 <sup>12</sup>	4.0	-0.1	16	17	73	11	68	76	1.2	27.3
蒙古	3.1	1.8	30	23	66	4	66	74	2.7	29.3
黑山	0.6	0.1	18	19	67	15	75	80	1.7	29.4
摩洛哥	36.2	1.4	27	25	66	7	75	77	2.4	30.4
莫桑比克	30.5	2.9	45	33	52	3	57	61	5.1	29.1
缅甸	53.9	0.9	26	27	68	6	64	69	2.2	29.6

国家/领土或其他地区	人口							生育率		
	2018年 总人口 (单位:百万)	2010—2018年 人口年均变化率 (%)	2018年 0-14岁人口占比 (%)	2018年 10-24岁人口占比 (%)	2018年 15-64岁人口占比 (%)	2018年 65岁及以上人口占比 (%)	2018年出生预期寿命 (年)		2018年 女性总生育率	2015—2020年 平均生育年龄 (岁)
							男性	女性		
纳米比亚	2.6	2.2	36	31	60	4	62	68	3.3	28.6
尼泊尔	29.6	1.1	30	32	64	6	69	73	2.1	25.8
荷兰	17.1	0.3	16	18	65	19	80	84	1.8	30.9
新喀里多尼亚	0.3	1.4	22	23	68	10	75	80	2.1	29.9
新西兰	4.7	1.0	20	20	65	16	81	84	2.0	30.1
尼加拉瓜	6.3	1.1	29	28	66	6	73	79	2.1	26.7
尼日尔	22.3	3.8	50	32	47	3	60	62	7.1	29.1
尼日利亚	195.9	2.6	44	32	53	3	54	55	5.4	29.8
挪威 <sup>13</sup>	5.4	1.1	18	19	65	17	81	84	1.8	30.7
阿曼	4.8	5.8	22	20	76	2	76	80	2.5	31.1
巴基斯坦	200.8	2.0	35	29	61	4	66	68	3.3	28.6
巴勒斯坦 <sup>14</sup>	5.1	2.7	39	32	58	3	72	76	3.9	28.9
巴拿马	4.2	1.7	27	25	65	8	76	81	2.5	26.7
巴布亚新几内亚	8.4	2.1	36	31	61	4	63	68	3.6	29.8
巴拉圭	6.9	1.3	29	29	64	7	71	76	2.4	28.2
秘鲁	32.6	1.3	27	26	66	7	73	78	2.3	28.9
菲律宾	106.5	1.6	31	29	64	5	66	73	2.9	28.9
波兰	38.1	-0.1	15	16	68	17	74	82	1.3	29.4
葡萄牙	10.3	-0.4	13	15	65	22	79	84	1.2	30.7
波多黎各	3.7	-0.2	18	21	67	15	77	84	1.5	27.0
卡塔尔	2.7	5.2	14	18	85	1	78	80	1.9	29.9
留尼旺	0.9	0.8	23	23	65	12	77	84	2.3	28.3
罗马尼亚	19.6	-0.5	15	16	66	18	72	79	1.5	28.1
俄罗斯联邦	144.0	0.1	18	15	68	15	66	77	1.8	28.8
卢旺达	12.5	2.5	40	31	57	3	66	70	3.7	30.0
圣基茨和尼维斯	0.1	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-
圣卢西亚	0.2	0.5	18	24	72	10	73	79	1.4	27.8
圣文森特和格林纳丁斯	0.1	0.1	24	25	69	8	71	76	1.9	27.1
萨摩亚	0.2	0.7	36	32	58	6	72	79	3.9	30.3
圣马力诺	0.0	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-
圣多美和普林西比	0.2	2.2	42	33	55	3	65	69	4.3	28.8
沙特阿拉伯	33.6	2.5	25	22	72	3	74	77	2.5	32.2
塞内加尔	16.3	2.9	43	32	54	3	66	70	4.6	30.3
塞尔维亚 <sup>15</sup>	8.8	-0.4	16	18	66	18	73	78	1.6	29.2
塞舌尔	0.1	0.5	22	19	69	9	70	79	2.3	27.5
塞拉利昂	7.7	2.2	42	33	56	3	52	53	4.3	28.7
新加坡	5.8	1.7	15	18	72	14	81	85	1.3	31.3
圣马丁	0.0	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-



国家/领土或其他地区	人口								生育率	
	2018年总人口 (单位:百万)	2010-2018年人口年均变化率 (%)	2018年0-14岁人口占比 (%)	2018年10-24岁人口占比 (%)	2018年15-64岁人口占比 (%)	2018年65岁及以上人口占比 (%)	2018年出生预期寿命 (年)		2018年女性总生育率	2015-2020年平均生育年龄 (岁)
							男性	女性		
斯洛伐克	5.4	0.1	15	16	69	16	74	81	1.5	29.6
斯洛文尼亚	2.1	0.2	15	14	65	20	78	84	1.6	30.6
所罗门群岛	0.6	2.1	38	32	58	4	70	73	3.7	29.8
索马里	15.2	2.9	46	33	51	3	55	59	6.1	29.7
南非	57.4	1.3	29	27	66	5	60	67	2.4	28.3
南苏丹	12.9	3.1	41	33	55	3	57	59	4.7	29.6
西班牙 <sup>16</sup>	46.4	-0.1	15	15	66	20	81	86	1.4	31.9
斯里兰卡	21.0	0.5	24	23	66	10	72	79	2.0	30.0
苏丹	41.5	2.4	40	33	56	4	63	67	4.4	30.0
苏里南	0.6	1.0	26	26	67	7	68	75	2.3	28.5
瑞典	10.0	0.8	18	17	62	20	81	84	1.9	31.0
瑞士	8.5	1.1	15	16	66	19	82	85	1.6	31.8
叙利亚	18.3	-1.7	36	34	60	5	67	78	2.8	29.4
塔吉克斯坦	9.1	2.2	35	29	61	4	69	75	3.3	27.8
坦桑尼亚 <sup>17</sup>	59.1	3.1	45	32	52	3	65	69	4.9	28.2
泰国	69.2	0.4	17	20	71	12	72	79	1.5	27.4
前南马其顿共和国	2.1	0.1	17	18	70	14	74	78	1.6	29.0
东帝汶民主共和国	1.3	2.2	44	35	53	4	68	71	5.3	30.3
多哥	8.0	2.6	41	32	56	3	60	62	4.3	28.9
汤加	0.1	0.6	35	33	59	6	70	76	3.6	31.1
特立尼达和多巴哥	1.4	0.4	21	19	69	10	67	75	1.7	27.9
突尼斯	11.7	1.1	24	21	68	8	74	78	2.1	31.0
土耳其	81.9	1.6	25	25	67	8	73	79	2.0	28.6
土库曼斯坦	5.9	1.7	31	25	65	4	65	72	2.8	27.9
特克斯和凯科斯群岛	0.0	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-
图瓦卢	0.0	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-
乌干达	44.3	3.3	47	34	50	2	58	63	5.4	28.1
乌克兰 <sup>18</sup>	44.0	-0.5	16	15	67	17	67	77	1.6	28.0
阿拉伯联合酋长国	9.5	1.8	14	16	85	1	77	79	1.7	26.9
英国	66.6	0.6	18	17	64	19	80	84	1.9	30.4
美国	326.8	0.7	19	20	65	16	77	82	1.9	29.5
美属维尔京群岛	0.1	-0.1	20	20	61	19	78	82	2.2	27.1
乌拉圭	3.5	0.3	21	22	64	15	74	81	2.0	27.7
乌兹别克斯坦	32.4	1.5	28	26	67	5	69	74	2.2	27.1
瓦努阿图	0.3	2.2	36	29	60	5	70	75	3.2	29.3
委内瑞拉	32.4	1.4	27	26	66	7	71	79	2.3	26.4
越南	96.5	1.1	23	22	70	7	72	81	1.9	28.0
西撒哈拉	0.6	2.1	28	26	69	3	68	72	2.4	31.0
也门	28.9	2.5	40	33	57	3	64	67	3.8	30.0
赞比亚	17.6	3.0	44	34	53	2	60	65	4.9	28.9
津巴布韦	16.9	2.3	41	32	56	3	60	64	3.6	27.8

## 国家/领土 或其他地区

	人口						生育率			
	2018年 总人口 (单位:百万)	2010—2018年 人口年均变化率 (%)	2018年 0-14岁人口占比 (%)	2018年 10-24岁人口占比 (%)	2018年 15-64岁人口占比 (%)	2018年 65岁及以上人口占比 (%)	2018年出生预期寿命 (年)		2018年 女性总生育率	2015—2020年 平均生育年龄 (岁)
							男性	女性		
阿拉伯国家	366	2.0	34	28	61	5	68	72	3.3	29.2
亚太地区	3,996	1.0	24 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup>	68 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	70 <sup>a</sup>	73 <sup>a</sup>	2.1 <sup>a</sup>	27.2 <sup>a</sup>
东欧和中亚	245	0.9	23	22	67	10	70	77	2.0	28.0
拉丁美洲和加勒比地区	647	1.1	25 <sup>b</sup>	25 <sup>b</sup>	67 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>	73 <sup>b</sup>	79 <sup>b</sup>	2.0 <sup>b</sup>	27.1 <sup>b</sup>
东非和南部非洲	597	2.7	42	32	55	3	61	66	4.4	28.8
西非和中部非洲	436	2.7	44	32	54	3	56	58	5.1	29.4
较发达地区	1,263	0.3	16	17	65	19	76	82	1.7	30.0
欠发达地区	6,370	1.3	28	25	65	7	69	73	2.6	27.7
最不发达国家	1,026	2.4	39	32	57	4	63	67	4.0	28.5
全球	7,633	1.2	26	24	65	9	70	74	2.5	27.9

### 注释

- 数据不可用。

a 基于数据可获得性, 不包括库克群岛、马绍尔群岛、瑙鲁、纽埃、帕劳群岛、托克劳和图瓦卢。

b 基于数据可获得性, 不包括安圭拉、百慕大群岛、英属维尔京群岛、开曼群岛、多米尼克、蒙特塞拉特、圣基茨和尼维斯、圣马丁岛以及特克斯和凯科斯群岛。

1. 数据包括圣诞岛、科科斯(基林)群岛和诺福克岛。

2. 数据包括纳戈尔诺-卡拉巴赫。

3. 基于统计目的, 中国的数据不包括中国香港特别行政区、中国澳门特别行政区和中国台湾。

4. 1997年7月1日, 香港成为中国的特别行政区。

5. 1999年12月20日, 澳门成为中国的特别行政区。

6. 指整个国家。

7. 数据包括奥兰群岛。

8. 数据包括阿布哈兹和南奥塞梯。

9. 数据包括圣巴泰勒米岛和圣马丁岛(法国部分)。

10. 数据包括沙巴州和砂拉越州。

11. 数据包括阿加莱加群岛、罗德里格斯岛和圣布兰登群岛。

12. 数据包括德涅斯特河左岸。

13. 数据包括斯瓦尔巴群岛和扬马延岛。

14. 数据包括东耶路撒冷。2012年11月29日, 联合国大会通过第67/19号决议, 决定给予巴勒斯坦“联合国非会员观察员国地位”。

15. 数据包括科索沃。

16. 数据包括加那利群岛、休达和梅利利亚。

17. 数据包括桑给巴尔。

18. 数据包括克里米亚。

《2018 世界人口状况报告》统计表包括跟踪后 2014《国际人口与发展会议行动纲领》后续行动框架的目标进展情况的指标以及孕产妇保健、受教育状况以及生殖健康和性健康领域的可持续发展目标 (SDGs)。此外, 统计表还包括了各种人口统计指标。联合国人口基金致力于在这个世界实现每一次怀孕都合乎意愿, 每一次分娩都安全无恙, 每一个年轻人的潜能都充分发挥, 而本报告就汇报了这一工作的进展情况和成果。

不同国家和国际组织在收集、推断或分析数据时可能采用不同的方法。为促进数据在全球范围内的可比性, 联合国人口基金采用标准方法并使用主要数据源, 因此在某些情况下, 报告中的数据与某一国家相关机构生成的数据有所不同。由于区域分类更新、方法更新和时序数据的修订, 本报告中提供的数据与以往《世界人口状况报告》中的数据不具可比性。

据联合国组织和机构间组织估计, 该报告借鉴了各国具有代表性的住户调查, 比如人口统计和健康调查 (DHS) 和多指标类集调查 (MICS)。报告还包括来自《世界人口展望报告》(2017 年修订版) 和《基于模型的 2018 年家庭计划指标估算和预测》(联合国经济和社会事务部人口司) 的最新人口估算和预测相关数据。这些数据均添加了定义、来源和注释。2018 年《世界人口状况报告》中的统计表一般反映截至 2018 年 6 月前的可获取信息。

### 监测国际人口与发展会议目标: 部分指标

#### 孕产妇和新生儿健康

**2015 年孕产妇死亡率 (MMR) 的最低和最高估计数, 以及每 10 万例活产中的死亡人数和孕产妇死亡率大致范围 (UI 80%)。** 数据来源: 联合国孕产妇死亡率评估机构间小组 (世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国人口基金、世界银行和联合国人口司)。该指标显示出了每 10 万例活产中因怀孕导致的妇女死亡人数。联合国孕产妇死亡率评估机构间小组 (MMEIG) 根据人口生命登记系统、住户调查和人口普查的数据得出了这些估算值。联合国孕产妇死亡率评估机构间小组的成员包括联合国人口基金、世界卫生组织、世界银行、联合国儿童基金会和联合国人口司。联合国孕产妇死亡率评估机构间小组、其他机构和学术机构会定期审查估算值和方法, 并在必要时进行修订, 作为维护孕产妇死亡率数据的持续进程的一部分。该估算值不应与之前的机构间估算值进行比较。

**2006—2017 年由专业医务人员助产的婴儿百分比。** 数据来源: 联合国儿童基金会和世界卫生组织的 2017 年专业助产全球联合数据库。联合国人口基金根据全球联合数据库的数据计算出区域总量。由专业医护人员 (医生、护士或助产士) 接生的婴儿百分比指的是受过专业产科护理培训的医护人员的接生比例, 包括在怀孕、分娩期间和产后给予妇女必要的监督、护理和建议, 自行接生, 照顾新生儿。接受过短期培训课程的传统接生人员不包括在内。

#### 2006—2015 年每 1000 名 15~19 岁青少年女性的生育率。

数据来源: 联合国人口司和联合国人口基金。15~19 岁青少年女性的生育率代表 15~19 岁青少年女性的生育风险。对于民事登记, 这项数据受到以下限制: 出生登记完整性、出生时存活但在登记前死亡或出生后 24 小时内死亡的婴儿待遇、与母亲年龄有关的报告信息质量以及是否包含早产婴儿。人口估算可能受到与年龄误报和覆盖率相关的限制。对于调查和人口普查数据, 分子和分母都来自相同的人口群体, 主要限制涉及年龄误报、出生遗漏、误报儿童出生日期以及调查过程中的抽样变异性。

#### 性健康与生殖健康

联合国人口司进行了一系列系统和全面的基于模型的年度估算, 这为 60 年间的一系列家庭计划指标提供了预测。指标包括避孕产品普及率、未满足的家庭计划需求、家庭计划总需求以及 1970—2030 年期间满足已婚或同居女性家庭计划需求的百分比。贝叶斯层次模型与国家特定时间趋势用于生成估算值、预测和不确定性评估。该模型推进了以前的工作, 并根据数据源、样本人口和普及率衡量中包含的避孕方法来解释差异。更多有关基于模型的家庭计划估算、方法和更新的信息, 请访问 <http://www.un.org/en/development/desa/population>。估算是基于编入《2017 年世界避孕器具使用》(World Contraceptive Use 2017) 中的特定国家数据。

**2018 年 15~49 岁已婚或同居女性使用传统或现代方法进行避孕的普及率。** 数据来源: 联合国人口司。基于模型的估算以样本调查报告中的数据为基础。调查数据估计了目前使用传统或现代避孕方法的已婚妇女 (包括同居妇女) 的比例。现代避孕方法包括男性和女性绝育、宫内节育器、避孕药、注射剂、激素植入物、避孕套和女性屏障法。

**2018 年 15~49 岁女性家庭计划需求未得到满足的人数比例。** 数据来源: 联合国人口司。生育间隔需求未得到满足的妇女是指生殖力旺盛、性活跃, 没有使用任何避孕方法, 并且想要推迟生育下一个孩子的妇女。这是未满足家庭计划总需求的一个子类别, 其中还包括未满足的限制生育需求。未满足需求的概念指出了妇女生育意图与其避孕行为之间的脱节。对于千年发展目标的监测而言, 未满足需求的比例计算基于已婚或同居女性的百分比。

**2018 年 15-49 岁已婚 / 同居女性中采用现代避孕方式满足家庭计划需求的人数比例。** 数据来源: 联合国人口司。现代避孕使用率除以家庭计划总需求 (TD)。家庭计划总需求为避孕使用率和未得到满足的自愿家庭计划需求的总和。

自愿家庭计划需求通过任意方法得到满足的比例 (PDS) = 所有避孕措施的避孕使用率 (CPR) 除以家庭计划总需求 (TD)。

自愿家庭计划需求通过任意现代方法得到满足的比例 (mPDS) = 现代避孕措施的避孕使用率 (mCPR) 除以家庭计划总需求 (TD)。



总需求 = 避孕使用率加未得到满足的避孕率 (UNR), 即  $TD=CPR+UNR$

**2007—2016 年对性健康、生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金。可自行决定与伴侣发生性行为、采用避孕措施以及有益自身健康的生育措施的 15~49 岁已婚或同居的女性比例。

### 有害行为

**2008—2016 年 18 岁以下童婚人数百分比**。数据来源: 联合国人口基金。在 18 岁之前结婚或发生性行为的 20~24 岁女性比例。

**2004—2015 年女童割礼比例 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金。遭受割礼的 15~19 岁女童比例。

### 教育

**1999—2015 年调整后初等教育的男女生净入学率 (占初等教育适龄儿童总数的净百分比)**。数据来源: 联合国教科文组织统计研究所 (UIS)。经调整后的初等教育净入学率反映了接受初等或中等教育的初等教育适龄儿童比例。

**2000—2015 年中等教育的男女生净入学率 (占中等教育适龄儿童总数的净百分比)**。数据来源: 联合国教科文组织统计研究所 (UIS)。中等教育净入学率反映了接受中等教育的中等教育适龄少年儿童比例。

**1999-2015 年初等教育性别平等指数**。数据来源: 联合国教科文组织统计研究所 (UIS)。初等教育性别平等指数 (GPI) 指经调整后, 初等教育净入学率中的男女比例。

**2000-2015 年中等教育性别平等指数**。数据来源: 联合国教科文组织统计研究所 (UIS)。中等教育性别平等指数指中等教育净入学率中的男女比例。

## 人口指标

### 人口

**2018 年人口总数 (单位: 百万)**。数据来源: 联合国人口司。联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算得出的各国 (地区) 人口数。这些指标反映了年中各国 (地区) 人口的预计数量。

**2010-2018 年年均人口变化率 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算后得出的结果。这些数据显示某一特定时期内基于中位变差预测的人口平均增长指数。

**2018 年 0~14 岁人口所占比例 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算后得出的结果。这些指标反映了 0~14 岁人口所占的比例。

**2018 年 10~24 岁人口所占比例 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算后得出的结果。这些指标反映了 10~24 岁人口所占的比例。

**2018 年 15~64 岁人口所占比例 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算后得出的结果。这些指标反映了 15~64 岁人口所占的比例。

**2018 年 65 岁及以上人口所占比例 (单位: 百分比)**。数据来源: 联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算后得出的结果。这些指标反映了 65 岁及以上人口所占的比例。

**2015—2020 年男性和女性出生时预期寿命 (单位: 岁)**。数据来源: 联合国人口司。联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算得出地区平均寿命。这些指标反映了新生儿出生时遭遇高于人口横截面数据中的死亡风险时的寿命。

### 生育率

**2018 年女性平均总和生育率**。数据来源: 联合国人口司。联合国人口基金根据联合国人口司的数据计算得出的地区生育率。这些指标反映了按照现行特定年龄的生育率, 妇女在生育年龄结束前每个年龄阶段都生育子女的情况下, 每名妇女生育的子女总数。

**2015—2020 年平均生育年龄 (单位: 岁)**。数据来源: 联合国人口司。这些指标反映了一生都按照某一年的特定年龄生育率分娩, 妇女的平均生育年龄。该指标单位是岁。

## 地区划分

统计表末尾的联合国人口基金平均数据根据按以下方式划分的国家和地区的数据计算得出。

### 阿拉伯国家地区

阿尔及利亚、吉布提、埃及、伊拉克、约旦、黎巴嫩、利比亚、摩洛哥、阿曼、巴勒斯坦、索马里、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、突尼斯、也门

### 亚太地区

阿富汗、孟加拉国、不丹、柬埔寨、中国、库克群岛、斐济、印度、印尼、伊朗伊斯兰共和国、基里巴斯、朝鲜民主主义人民共和国、老挝人民民主共和国、马来西亚、马尔代夫、马绍尔群岛、密克罗尼西亚联邦、蒙古、缅甸、瑙鲁、尼泊尔、纽埃、巴基斯坦、帕劳、巴布亚新几内亚、菲律宾、萨摩亚、所罗门群岛、斯里兰卡、泰国、东帝汶民主共和国、托克劳、汤加、图瓦卢、瓦努阿图、越南

### 东欧和中亚地区

阿尔巴尼亚、亚美尼亚、阿塞拜疆、白罗斯、波斯尼亚和黑塞哥维那、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、摩尔多瓦共和国、塞尔维亚、塔吉克斯坦、前南斯拉夫马其顿共和国、土耳其、土库曼斯坦、乌克兰

### 东非和南非地区

安哥拉、博茨瓦纳、布隆迪、科摩罗、刚果民主共和国、厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚、莱索托、马达加斯加岛、马拉维、毛里求斯、莫桑比克、纳米比亚、卢旺达、塞舌尔、南非、南苏丹、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚、津巴布韦

### 拉丁美洲和加勒比地区

安圭拉岛、安提瓜和巴布达、阿根廷、阿鲁巴岛、巴哈马群岛、巴巴多斯、伯利兹、百慕大群岛、玻利维亚、巴西、英属维尔京群岛、开曼群岛、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、古巴、库拉索岛、多米尼加岛、多米尼加共和国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、格林纳达、危地马拉、圭亚那、海地、洪都拉斯、牙买加、墨西哥、蒙特塞拉特岛、尼加拉瓜、巴拿马、巴拉圭、秘鲁、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚岛、圣文森特和格林纳丁斯、圣马丁岛、苏里南、特立尼达和多巴哥、特克斯和凯科斯群岛、乌拉圭、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）

### 西非和中非地区

贝宁、布基纳法索、喀麦隆共和国、佛得角、中非共和国、乍得、刚果共和国、科特迪瓦、赤道几内亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂、多哥

### 较发达地区

包括联合国人口司涵盖的所有欧洲、北美、澳大利亚、新西兰和日本地区。

### 欠发达地区

包括联合国人口司涵盖的所有非洲、亚洲（除日本外）、拉丁美洲和加勒比海以及美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚地区。

**最不发达国家：**根据联合国大会在决议（59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295）中的定义，2014年1月，全国共有48个最不发达国家（其中34个在非洲，9个在亚洲，4个在大洋洲，1个在拉丁美洲和加勒比海）：阿富汗、安哥拉、孟加拉国、贝宁、不丹、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果民主共和国、吉布提、赤道几内亚、厄立特里亚、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、海地、基里巴斯、老挝人民民主共和国、莱索托、利比里亚、马达加斯加、马拉维、马里、毛里塔尼亚、莫桑比克、缅甸、尼泊尔、尼日尔、卢旺达、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂、所罗门群岛、索马里、南苏丹、苏丹、东帝汶、多哥、图瓦卢、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、瓦努阿图、也门、赞比亚。这些国家也属于欠发达地区。

## 参考资料

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63–94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, Ayşe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetórias históricas e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129–56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41–61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370–82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26–31 August 2013. [https://iussp.org/sites/default/files/event\\_call\\_for\\_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf](https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf).
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380–e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15–35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161–76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263–76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, no. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419–43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321–366.
- \_\_\_\_\_ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225–55.
- \_\_\_\_\_ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- \_\_\_\_\_ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa*, vol. VII: *Africa Under Colonial Domination, 1880–1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458–86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409–37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3–18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84–111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.
- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.



- Chesnais, Jean-Claude (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo\_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappégård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Guttmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org).
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). "The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation", in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225–241.
- \_\_\_\_\_ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.

- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics.
- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34–S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- \_\_\_\_\_ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- \_\_\_\_\_ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at [www.humanfertility.org](http://www.humanfertility.org). Accessed in February 2018.
- ICF (n.d.). [icf.com](http://icf.com)
- ILO (International Labour Organization) (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576–80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deepta Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237–65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390–419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641–80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research: Volume 23*, article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?, *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800–1970*. Princeton: Princeton University Press.
- \_\_\_\_\_ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211–51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870–1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261–92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646–59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960–2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187–221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.

- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511–52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443–54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. [http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event\\_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf](http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf)
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485–510.
- \_\_\_\_\_ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angelique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41–57.
- \_\_\_\_\_ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981–94.
- \_\_\_\_\_ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32–44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870–1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203–30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071–100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161–88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373–406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11–40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741–3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/ singles. Available at [http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15\\_gaiyoEng.html](http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html). Accessed on 5 October 2017.
- \_\_\_\_\_ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36–51.
- \_\_\_\_\_ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13–31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- \_\_\_\_\_ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- \_\_\_\_\_ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- \_\_\_\_\_ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55–70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167–82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmettmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739–61.



- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolutionfoundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.
- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471–92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287–304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838–61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Rodríguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1–25.
- \_\_\_\_\_ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.
- Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219–41.
- Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169–87.
- Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29–43.
- Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144–56.
- Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.
- Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151–69.
- Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258–67.
- \_\_\_\_\_ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I–III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251–68.
- Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246–96.
- \_\_\_\_\_ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87–116.
- \_\_\_\_\_ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20–S45.
- Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391–419.
- \_\_\_\_\_ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11–29.
- Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.
- Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642–92.
- Stloukal, Libor (1999). Understanding the “abortion culture” in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23–37.
- Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.
- Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidí and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Colegio de México.

- te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179–83.
- \_\_\_\_\_ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204–8.
- Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87–106.
- Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920–1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187–200.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90–90–90 Targets*. Geneva. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Glob-al\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Glob-al_AIDS_update_2017_en.pdf).
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012. "By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- \_\_\_\_\_ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
- United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. *Population Studies*, No. 100. New York.
- \_\_\_\_\_ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.
- United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from [un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml](http://un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml).
- \_\_\_\_\_ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: [https://esa.un.org/poppolicy/about\\_database.aspx](https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx).
- \_\_\_\_\_ (2015b). World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- \_\_\_\_\_ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.
- \_\_\_\_\_ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- \_\_\_\_\_ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.
- Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.
- Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.
- Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.
- Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet need: 1990–1994. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.
- Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.
- \_\_\_\_\_ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at [www.populationeurope.org](http://www.populationeurope.org).
- Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. [www.costsofchildmarriage.org](http://www.costsofchildmarriage.org).
- World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.
- Yüceşahin, M. Murat, Tuğba Adah, and A. Sinan Türkyilmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.
- Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.