UNFPA
2019 世界人口状况
一项未竟的事业
对人人拥有权利和选择的追求

2019世界人口状况

本报告由联合国人口基金传播和战略伙伴关系司主持编写。

主编
传播和战略伙伴关系司司长 亚瑟 • 伊尔肯

编辑团队
编辑: 理查德 • 克洛泽
编辑助理: 凯蒂 • 马多尼亚
数字版管理人员: 凯蒂 • 马多尼亚
数字版顾问: 汉诺 • 兰克、凯瑟琳 • 鲁伊斯
出版和网页设计: 普罗格斯公司

研究顾问和作者
斯坦 • 贝恩斯坦

联合国人口基金技术顾问
伊丽莎白 • 贝诺玛
丹尼尔 • 什苏尔

首席研究员及作者
凯萨琳 • 芒格嘉德

章节研究员及作者
杰弗瑞 • 埃德米德兹
格雷琴 • 卢森格尔
威廉 • A.莱恩
安 M.斯塔尔

专题作者
珍妮特 • 詹森
格雷琴 • 卢森格尔

© UNFPA 2019

致谢
联合国人口基金感谢下列女士为本报告分享她们生活的点滴:
阿尔巴尼亚 Tefta Shakaj
波斯尼亚和黑塞哥维那 Mediha Besic
巴西 Tsitsina Xavante
柬埔寨 Say Yang
埃及 Dahab Elsayed 和 Um Ahmed
危地马拉 Alma Odette Chacón
几内亚比绍 Marta Paula Sanca
海地 Fanie Derismé
印度 Rajeshwari Mahalingam
斯里兰卡 Shara Ranasingh
泰国 Rasamee
乌干达 Josephine Kasya

编辑们对威廉 • 麦格理维(William McGreevey)在性与生殖健康面临的制度性和融资障碍方面进行的研究以及克里斯托弗 • 胡克(Christopher Hook)提供的其他研究帮助表示感谢。联合国人口基金人口与发展部门汇总了本报告指标部分的地区数据。本报告各项指标的数据来源由联合国经济和社会事务部人口司、联合国教科文组织和世界卫生组织提供。来自联合国人口基金的Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneka Knutsson和Leyla Sharafi对报告草案进行了审阅和评论。

地图和名称
本报告地图中使用的名称和提供的资料并不代表联合国人口基金对任何国家、领土、城市或地区及其政府的法律地位,或对其边境或边界的划定表达任何意见。虚线大致代表印度和巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。

影像
封面: © Steve McCurry/Magnum Photos
时间轴: © Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, UN/UNFPA

联合国人口基金

自1969年以来,确保人人享有权利,自主选择

2019 世界人口状况

一项未竟的事业

对人人拥有权利和选择的追求

UNFPA 2019世界人口状况报告

1 为权利和选择而进行的斗争一直在持续 7

2 6位女性、6个十年、6种历程 23

3 权利在人口增长时面临的风险 37

4 存在，但是不可及 53

5 其它所有障碍的深层次障碍 73

6 当服务崩溃时 87

7 确保权利和选择的机构和资金 101

8 实现人人享有的权利和选择：如果不是现在，那是什么时候？ 117

9 比妈多，但比女儿少 137

© Cristina Garcia Rodero/Magnum Photos

自 1969 年成立以来，联合国人口基金在性与生殖健康和权利方面取得了显著进展。尽管取得了非凡的进步，但如今仍有数亿女性面临着经济、社会、制度和其他障碍，使她们无法在是否要怀孕、何时怀孕、怀孕频率以及怀孕对象上作出自己的决定。

对权利和选择的追求是一个持续的过程，一路上总是会有新的挑战出现。

让人人拥有权利和选择成为现实

1969 年，世界人口达到 36 亿，仅仅 17 年就增加了约 10 亿。当时，世界范围内的生育率约为当前水平的 2 倍，而最不发达国家的生育率约为每名妇女生育 6 名孩子。

就在此前的一年，即 1968 年，保罗·艾里奇（Paul Ehrlich）出版了《人口大爆炸》一书，引起了人们对“人口过剩”这一问题的全球性恐慌。在书中，保罗预测说，人口过剩将导致地球上出现大规模饥饿现象，从而使地球成为“一颗垂死挣扎的行星”。

正是在这一背景下，联合国人口基金成立了，主要职能是为发展中国家就人口增长对经济和社会影响出谋划策，并为国家人口发展规划提供支持。根据人口发展规划，各国开始了史无前例的发放避孕药具。

通过这些规划，发展中国家越来越多女性真正实现了生育选择。正因如此，女性开始降低生育水平，而数百万人最终获得了决定其自身生育率的能力。

这些年来，尽管避孕药具的供应不断增加，但时至今日，数以亿计的女性仍无法用上这些工具，因而也无法享受这些工具带来的生育选择。由于缺乏避孕药具，她们就缺乏就自己的身体——包括是否及何时怀孕——作出决策的能力。

这种能力的缺失对生活的许多其它方面——从教育到收入再到安全等等都造成了影响，从而使女性无法更好地塑造和规划未来。

自 1969 年创建以来，联合国人口基金就一直引领着帮助发展中国家的女性克服不断变化的生殖权利障碍的多边合作。1994 年，这项工作获得了新的动力和灵感。这一年，179 个国家和地区的政府齐聚开罗，召开了国际人口与发展大会，并制定了一项植根于个人权利和选择并以人人享有性与生殖健康服务和权利为基础的可持续发展计划。这项计划——以《行动纲领》为体现——不仅再次激发了全球的生殖权利运动，而且使联合国人口基金成了这项运动的监护人。

过去 50 年，在民间社会、各国政府、发展机构和联合国人口基金的共同努力下，为全球范围内的妇女和女童释放了各种机遇和可能性。但是，在所有妇女和女童都拥有管理自己的身体并就自己的性与生殖健康作出知情选择的能力之前，我们还有很长的路要走。

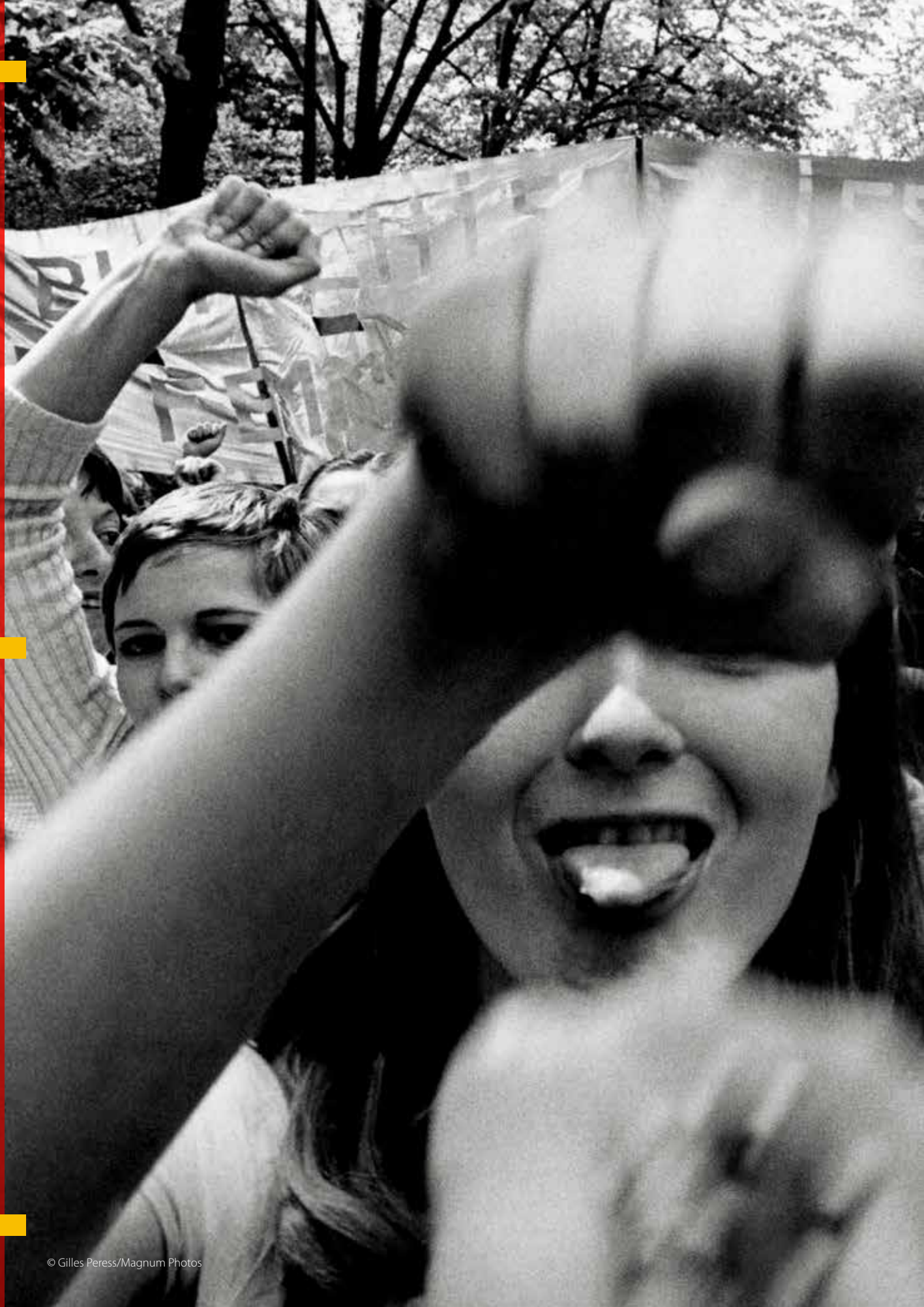
与此同时，我们必须要击退那些反对势力，让女性在生育决策中或所有生活领域中没有发言权的时代不再重演。

为权利和选择而进行的斗争必须持续下去，直至人人拥有权利和选择成为现实。

娜塔莉亚·卡内姆（Natalia Kanem）**博士**
联合国副秘书长兼联合国人口基金执行主任

© Digby Oldridge/PR Eye Bespoke Photography

1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019



© Gilles Peress/Magnum Photos

为**权利和选择**而进行的**斗争**一直在持续

2019年见证生殖健康领域的两大重要里程碑，即联合国人口基金创建50周年和具有里程碑意义的国际人口与发展大会在开罗召开25周年。

这两大事件，即首个致力于应对人口增长问题和满足世界人民生殖健康需求的联合国机构的创建，性与生殖健康及生殖权利相关全球承诺的宣布，都以可估量或不可估量、深刻或浅薄、永久或瞬间的方式从根本上塑造了女性的生活以及她们所在的家庭和社会。

活动家、倡导者、公共卫生专家和其他许多人都为我们今天看到的变革作出了不懈努力，但是，要做的事情还很多。未来，人口增长、避孕药具的使用、性与生殖健康及权利等方面将如何发展变化，将决定并取决于妇女和女童实现其作为社会成员的充分潜力的能力。而且，这将在很大程度上——而不是一点点——取决于全球将如何利用国际人口与发展大会到目前为止取得的成就以及解决国际人口与发展大会到目前为止存在的问题。

1969 年的世界

50 年前，全世界每名妇女平均生育 4.9 个孩子，有 35％的已婚妇女通过使用某种形式的避孕方法来延迟或预防怀孕；但最不

发达国家的妇女平均要生育 6.7 个孩子，只有约 2%的人采用避孕方法。那时候在世界大部分地区，人工流产都是非法的，而当时的妇女解放运动，正在为妇女争取接受教育、就业机会和工资、婚姻和离婚、财产所有权以及其他方面的平等。

1969 年，在纽约发生的“石墙骚乱”标志着全球同性恋权利运动的开始；美国国际开发署设立了人口办公室；加纳颁布了“国家进步与繁荣人口规划”政策。此前一年，在德黑兰举行的首届联合国国际人权大会上，代表们首次在全球宣言中肯定了夫妻“自由地、负责任地决定他们生几个

1969 –2019

联合国里程碑事件 和 全球大事件

拉斐尔•萨拉斯(RAFAEL SALAS)被任命为联合国人口基金执行主任

联合国人口基金开始运作

《核不扩散条约》生效

联合国大会指定联合国人口基金领导人口项目

1969

美国纽约石墙骚乱标志着美国现代同性恋权利运动的开始

通过因特网前身阿帕网发送的第一条消息

尼尔 • 阿姆斯特朗在月球上迈出历史性的第一步

生物学家罗伯特 • 杰弗瑞 • 爱德华兹报告首次在培养皿中培育出了受精的人类卵母细胞

美国国际开发署人口办公室成立

1970

人口理事会设立了国际避孕研究委员会

1971

达尔康顿 (Dalkon Shield) 宫内节育器上市

塞拉利昂成为共和国

孩子和生孩子的时间间隔”的基本权利（联合国，1968 年）。

到了 1969 年，由于公共卫生干预措施降低了婴儿和儿童的死亡率并延长了人类的预期寿命，因此大多数发展中国家的出生率都超过了死亡率。人们关注由此造成的人口增长可能会对经济进步和环境造成的损害，希望能更好地了解和管理人类的生育能力。联合国人口活动基金（于 1987 年更名为联合国人口基金）的设立，不但反映出人们对于了解人口动态是如何影响社会和经济发展产生了越来越浓厚的兴趣，同时也表达了联合国为旨在稳定世界人口的行动计划提供支持的意愿。

1972

美国和前苏联及另外70个国家签署了一份禁止生物战的协议

罗马俱乐部发布《增长的极限》

联合国宣布12月8日为国际人权日

1973

伊斯坦布尔博斯普鲁斯大桥竣工，连接起了欧亚大陆

美国精神医学学会将同性恋从《精神疾病诊断与统计手册》(DSM-II)中删除

人工流产在美国合法化

1974

布加勒斯特世界人口会议

世界人口达到

40亿

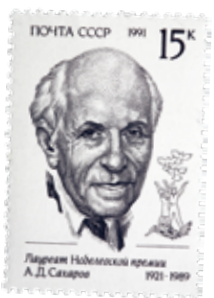
印度成功地进行了一场地下核试验

1975

联合国宣布联合国妇女十年开启

莫桑比克和苏里南独立

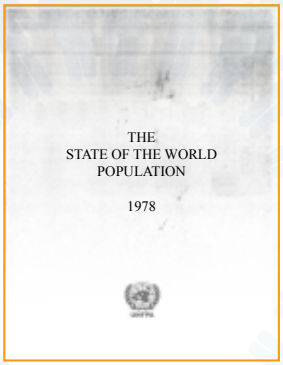
前苏联氢弹发明家、科学家安德烈·萨哈罗夫获诺贝尔和平奖

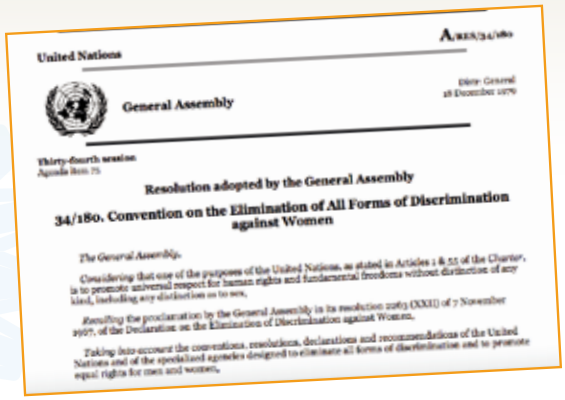


20 世纪 60 年代，相对较新和有效的避孕方法不断增加。对女性而言，这是具有变革意义的事件，因为它们首次为女性提供了以可靠方式避免意外怀孕的机会，同时为她们管理自己的生育生活提供了新的选择。但是，人们对避孕和生育调节对妇女和女童个体健康、福祉、经济和社会生活的影响有初步了解。对于这种影响的充分认识仍有待于人们进一步推进。

1994 年的世界

25 年前，国际人口与发展大会在开罗召开。当时，全球女性的平均生育率约为 3，58.8% 的全球女性使用了避孕药具；在最





1976

已知的首次埃博拉病毒暴发

1977

埃及总统萨达特对以色列进行正式访问

1978

联合国人口基金发布首份《世界人口状况报告》

第一个试管婴儿出生

1979

《消除对妇女一切形式歧视公约》通过

第一个国际儿童年

不发达国家，女性的生育率约为5.6，而20.2%的已婚女性也在使用避孕药具。同年，南非举行了首次多种族选举，纳尔逊·曼德拉（Nelson Mandela）当选为总统；卢旺达发生了种族大屠杀，导致80多万成年人和未成年男女死亡；同性伴侣之间的民事结合在瑞典实现了合法化；美国在线（AOL）服务公司的成立标志着轻松接入互联网时代的开始。

国际人口与发展大会召开之前的多年间，见证了一个循序渐进但不断加快的政策变化，即从以解决人口问题和降低生育率为重点的政策到强调个人和夫妻权利、以防止或推迟怀孕并实现性

联合国设立人口奖

萨莉·赖德成为乘上挑战者号航天飞机进入太空的第一位女性

1980

世界卫生组织证实全球消灭天花病毒

1981

桑德拉·戴·奥康纳成为美国最高法院首位女大法官

中国人口达到10亿

IBM第一台个人电脑上市，搭载的是微软设计的操作系统

1982

医生们进行了由罗伯特·贾维克设计的永久性人工心脏的首例移植手术

《时代》杂志首次将年度人物奖颁给了非人类的计算机

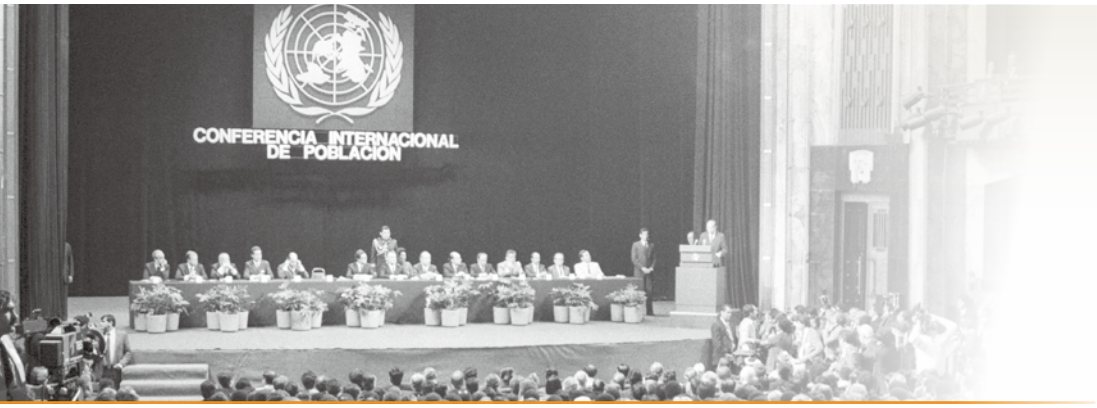
1983

发现导致艾滋病的逆转录病毒

埃塞俄比亚饥荒

与生殖健康为重点的政策转变。在很大程度上，这种转变是由女权主义者和性与生殖健康及权利倡导者推动的，但在一定程度上来说，也是对过去以目标为导向的“人口控制”政策带来的弊端作出的反映。在 20 世纪 70 年代和 80 年代，在富裕的捐赠国和基金会的资助和鼓励下，一些国家推出了胁迫或强迫夫妻使用避孕药具或限制家庭规模的规划，或为了说服他们这样做提供了金钱或其它奖励。

被 179 个国家和地区政府采纳的国际人口与发展大会《行动纲领》明确呼吁放弃国别人口和计生规划的人口统计学和生育控制目标。尽管仍然承认人口动态在政策制定过程中值得关注，但这份《行动纲领》吹响了将女性



纳菲斯 • 萨迪克被任命为联合国人口基金执行主任

联合国人口活动基金更名为联合国人口基金

国际人口会议，墨西哥城

1984

第一次将胚胎从一名女性体内移植到另一名女性体内，婴儿活产

1985

欧洲经济共同体五个成员国达成《申根协定》

美国食品和药品管理局批准了一项艾滋病病毒血液检测

南非结束异族通婚禁令

1986

挑战者号航天飞机解体，七名宇航员全部遇难

柯拉松 • 阿基诺成为菲律宾首位女总统

第一个由没有血缘关系的代孕母亲生下的孩子

1987

黑色星期一——华尔街和世界各地股市暴跌

世界人口达到

50亿

母亲安全倡议启动

需求和权利置于人口和发展政策中心的响亮号角。世界需要各国政府认可的是为女性、夫妻和家庭提供一系列性与生殖健康干预措施，实现女性赋权、尊重女性权利并帮助世界实现性别平等的经济和社会变革。

1994 年以来的进步和困难

国际人口与发展大会达成的共识是一个转折点，同时也是生殖权利运动的一项变革性胜利。

国际人口与发展大会通过了将个人权利和福祉做为生殖健康工作议程的中心，开启了一系列变革：在研究领域，人们开始就避孕药具的使用或不使用和生育或不生育等方面影响个人选择和行为的因素进行探索；在传播领域，人们开始就降低生育率和防止意外怀孕所带来的健康、经济

12月1日第一个世界艾滋病日

纳尔逊·曼德拉从维克多韦斯特监狱获释

朝鲜民主主义共和国和大韩民国、爱沙尼亚、拉脱维亚、立陶宛、马绍尔群岛以及密克罗尼西亚加入联合国

1988 | **1989** | **1990** | **1991** | **1992**

柏林墙开放

纳米比亚独立

开始拆除柏林墙

克罗地亚和斯洛文尼亚宣布脱离南斯拉夫，巴尔干战争爆发

前苏联解体

莫桑比克和平协定

和社会效益对女性、男性和决策者们进行宣传和教育；在服务领域，人们开始强调提供全面避孕方法以确保所有女性选择权的重要性。

国际人口与发展大会还认识到，女性的性与生殖健康和福祉，不仅包括获得和采取避孕方法和措施，还包括许多其它因素，如防止和管理不安全人工流产后果的能力、避免或治疗性传播疾病包括艾滋病毒的能力、怀孕和生产期间接受的护理服务等。此外，不孕不育和生殖道癌症的预防和管理也被确定为性与生殖健康的一部分。

1993

联合国世界人权会议

世界卫生组织宣布全球处于肺结核病紧急状态

1994

国际人口与发展大会，开罗

卢旺达种族大屠杀

在南非，纳尔逊•曼德拉就任总统

1995

第四届联合国世界妇女大会

170多个国家同意无条件、无限期延长《核不扩散条约》

《代顿协议》在巴黎签署，结束波黑战争

埃博拉病毒在扎伊尔造成244人死亡

1996

加纳外交官科菲•安南当选联合国秘书长

波斯尼亚政府宣布结束对萨拉热窝的围攻

第一只成功克隆成体细胞的克隆羊多莉诞生

国际人口与发展大会《行动纲领》还指出，在现有服务体系下青少年的生殖健康需求被忽略。尽管国际人口与发展大会就此达成共识并呼吁为满足青少年的生殖健康需求作出特别努力，但仍有反对为青少年提供全面性教育和生殖健康服务的立场和声音，还有父母在此问题上的认可程度不一样，导致这一文件中有一些令人费解的表述，而在某些情况下，甚至导致了地方政策的复杂化。

与国际人口与发展大会同时发生的，是另一公众健康和权利危机，即艾滋病毒 / 艾滋病疫情的白热化。由于人们对这一危机严重后果的担忧和行动主义急剧强化，一些捐赠人开始更加关注这一疫情的应对及其对人口、社

爱尔兰离婚合法

南非登山家凯西 • 奥多德成为第一位从南北两侧登顶珠穆朗玛峰的女性

千年发展目标通过

托若亚 • 艾哈迈德 • 奥贝德被任命为联合国人口基金执行主任

1997 | **1998** | **1999** | **2000** | **2001**

美国众议院将弹劾总统克林顿的条款提交参议院

世界人口达到

60亿

大韩民国和朝鲜民主主义共和国举行历史性的首脑峰会

全球第一个自维持人造心脏在美国植入罗伯特 • 图尔斯体内

9月11日纽约世贸中心遭到恐怖袭击

区和国家的影响，并增加了这方面的资助，而性与生殖健康相关方面的资助则基本上停滞不前了。

过去，一些观察家曾担心，国际人口与发展大会强调个人选择和女性赋权，因此不会得到捐赠人和政府的响应。由于偏离了以人口增长为重点的政策，社区的筹集资源和寻求政治承诺的能力也日益萎缩。尽管存在此类担忧，1999 年国际人口与发展大会的 5 年期审议会议上仍然重申人人享有性与生殖健康这一目标的承诺。在这次会议上，尽管反对的声音很强烈，支持者们仍极力举证了主要关键领域取得的进步，其中包括青少年的性与生殖健康和实施安全人工流产等措施。

非洲统一组织解散，由非洲联盟取代

普及生殖健康的目标获批纳入千年发展目标

巴西首次向太空发射火箭

2002

欧元正式引入欧元区国家

2003

人类基因组计划完成，99%的人类基因组测序精度达到99.9%

2004

欧洲国家元首签署《宪法条约和最终法案》，制定了第一部欧盟宪法

2005

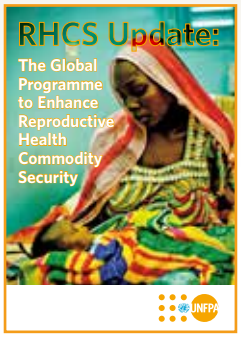
51岁的安格拉·默克尔成为德国首位女总理，同时也是最年轻的总理

埃伦·约翰逊·瑟利夫成为非洲首位民选女性国家元首

2002年 地球峰会

但是，2000 年联合国通过《千年发展目标》并以此确定未来 15 年的全球发展目标和指标时，生殖健康这一目标却销声匿迹了。也许，由于 1995 年第四届世界妇女大会和 1999 年国际人口与发展大会 5 年期审议会议上谈判的冗长和争议，负责撰写千年发展目标的官员们转而选择了另一目标，即“改善孕产妇健康”，作为千年发展目标之一。直到 2005 年，性与生殖健康界才将人人享有性与生殖健康作为一项指标纳入到孕产妇健康这一目标之下。

最初性与生殖健康没有纳入千年发展目标的事实让人们产生了这样一种看法，即这个问题是有争议的，存在问题的，因此更容易被忽略，至少在全球性讨论和谈判中是这样。尽管屡次被国际社会抛弃，但家庭计划方面的



2006

联合国大会投票成立联合国人权理事会

米歇尔·巴切莱特宣誓就任智利首位女总统

南非议会通过一项法律，使同性婚姻合法化

2007

联合国人口基金发起加强生殖健康商品安全全球计划

联合国大会通过《土著人民权利宣言》

2008

英国摩尔菲尔兹眼科医院医生成功进行了首例仿生眼手术，将仿生眼植入了两位失明患者眼中

2009

玻利维亚宣布土著居民享有自治的权利

美国食品和药品管理局批准17岁年轻女性服用的紧急避孕药

资助和宣传仍在继续，甚至强化了：在 2012 年 7 月举行的全球家庭计划峰会上，家庭计划工作得到了强有力的推动。这次峰会不仅发动了新的捐赠人，争取了新的政治承诺，而且为家庭计划界注入了新的活力。

新范式：2015 年和可持续发展目标

2015 年 9 月，193 个政府通过了一个新的全球性框架，以替代之前的千年发展目标。鉴于该议程范围的扩大和拟应对挑战复杂性的不断提高，《2030 年可持续发展议程》包含了 17 项可持续发展目标和 169 项具体指标。尽管贫困人口的数量和比例在 2000 年至 2015 年间出现了下降，但消除贫困仍是这个新型全球框架的压倒性目标。

巴巴通德•奥索提迈辛博士被任命为联合国人口基金执行主任

联合国大会通过关于禁止切割女性生殖器的协议

妇女地位委员会呼吁终止儿童早婚和逼婚的做法

2010

世界卫生组织宣布 H1N1 流感疫情结束

2011

世界人口达到

70亿

叙利亚内战爆发

2012

台风宝霞重创菲律宾

2013

北京空气质量水平被宣布对人体健康有害

但是，除了新的挑战外，旧挑战也生出了新的维度。这些问题在可持续发展目标下都得到了确认和对应，其中包括气候变化和环境脆弱性，越来越多待处理的人道主义问题和政治危机，以及随之而来的生活在脆弱和不稳定环境中的人数的增加，并更加强调国内融资和发展援助的必要性，以增强抵御能力和扩大能力并为可持续的经济和社会进步奠定基础。

与千年发展目标不同，可持续发展目标明确承认性与生殖健康对公平发展和女性赋权至关重要，并在关于健康问题的可持续发展目标 3 和关于性别平等问题的可持续发展目标 5 中提及了性与生殖健康——可持续发展目标

国际人口与发展大会《行动纲领》20周年评估

可持续发展目标通过，其中包括普及性及生殖保健和服务的目标内容

世界卫生组织宣布寨卡病毒疫情暴发

2014 2015 2016

西非埃博拉疫情造成至少28,616人感染，11,310人死亡

尼日利亚276名女孩和妇女被绑架并劫持为人质

世界领导人齐聚巴黎参加历史性的气候变化谈判

5 还单独提到了生殖权利。但是，与国际人口与发展大会、千年发展目标一样，可持续发展目标并不承认性权利。性与生殖健康的其它中心要素，如孕产妇和新生儿死亡率、艾滋病毒等，都作为可持续发展目标 3 下面的指标得到了应对，而性别暴力和有害实践则作为可持续发展目标 5 下面的指标得到了应对。此外，可持续发展目标还呼吁通过确保高质量重要保健服务的提供和安全、有效、承受得起的药品和疫苗的普及实现全民健康覆盖。总之，在强调公平的重要性和致力于满足最弱势群体需求的同时，可持续发展目标推动了一个涉及所有人的工作议程，正如国际人口与发展大会持续努力的那样。

娜塔莉亚 • 卡内姆博士被任命为联合国人口基金执行主任

联合国人口基金成立50周年

2017

168个国家的数百万人参加了妇女游行

联合国警告称，也门、索马里、南苏丹和尼日利亚有2000万人面临饥饿和饥荒的风险

2018

全球初级卫生保健会议宣布性和生殖健康的核心作用

2019

国际人口与发展大会召开25周年

ICPD25
International Conference on Population and Development

过去 25 年，在国际人口与发展大会相关各类审议会议和程序中，一些地区一直都在呼吁人们承认性权利。目前的一些性权利定义，包括古特马赫研究所——柳叶刀（Guttmacher-Lancet）性与生殖健康及权利委员会 2018 年报告（Starrs 等，2018）和世界卫生组织提出的定义，都认为其包含人们表达个体性取向的权利、青少年接受全面性教育和性与生殖健康服务的权利、妇女和女童远离性别暴力和胁迫的权利等。这些权利已经得到了世界各地民间社会组织的承认和支持，同时在一些政府谈判并批准的各种区域性文件中得到了体现。但是，在通过全球谈判制定的任何文件中，联合国各成员国未就这些权利达成过任何共识。

2019 年及之后

纪念联合国人口基金成立 50 周年和国际人口与发展大会召开 25 周年，为全球社会提供了一个独特的机遇——在国际人口与发展大会框架的基础上再接再厉，全面致力于实现有远见的性与生殖健康及权利相关议程，并惠及那些曾经被落下的人。这个议程需要关注人口发展动态，认识到处于不同的发展阶段的不同国家面临的各种挑战，并将政策和规划植根于尊重和实现人权和个人尊严的基础之上。

在实现可持续发展目标方面，目前的推动力度很大，再次承诺并致力于“人人享有健康”这一理念。作为一种理念，“人人享有健康”明确认为，每个人都可以享受可实现的最高健康标准的基本权利。“每个妇女每个儿童”——联合国前任秘书长潘基文 2010 年发起、目前由联合国秘书长安东尼奥·古特雷斯领导的一项运动——为可持续发展目标和全民健康覆盖带来了协调一致的关注和努力，因为两者都涉及妇女、女童和青少年，且性与生殖健康及权利都是它们的重点关注领域之一。

对人人都享有的权利和选择的追求一直都在进行之中；在这一过程中，新的挑战一直都会出现。这些年来，这些困难的性质和范围可能发生了变化，但国际社会对于克服这些困难的承诺却一直都没有变，始终都是强有力的。

印度数以百万计的妇女携手组成一个385英里长的墙，以抗议不平等，2019年。
© Babus Panachmoodu

© UNFPA/R. Anis

6位女性、6个十年、6种历程

1969 年年仅 10 岁，国际人口与发展大会召开时已年满 35 岁的 6 位女性对她们的婚姻、工作和家庭进行了回顾。她们拥有选择自己的人生道路并塑造自己未来的自由吗？

© UNFPA/R. Anis

选择有限

达哈卜（Dahab Elsayed），60 岁，生活在开罗的一个边缘社区。如今，她依稀还记得国际人口与发展大会召开时她所在城市的那种兴奋。但是，由于那时她正忙于工作和照顾家人，对于会议的细节和影响都不是很清楚。

但是，在后来的生活中她见证了人们对妇女和女童态度的一些转变，确可追溯到那次国际人口与发展大会。那次大会承认，实现妇女和女童的权利，尤其是性与生育选择，对于发展至关重要。

“除了结婚，没有别的机会了——这是我唯一能够预见的未来。”

达哈卜（Dahab）

作为一个女孩子，在一个有 15 名家庭成员的贫困农村家庭中长大，达哈卜的选择是有限的：即便是上学，那也是可望而不可及的。“除了结婚，没有其它机会——这是我能预见到的唯一未来，”她说。

达哈卜还记得一个女人来到她家并给她行割礼的那天。她不

知道这个女人正在对自己做什么，但对那种疼痛、血还有撒到伤口止血的粉末仍记忆犹新。她记得自己在床上躺了 15 天伤口才愈合。但是，当她自己长大并成立了家庭后，她也让自己的女儿行了割礼。“这（女性生殖器切割）是必须的，” 达哈卜说。她的女婿们坚持要这样做。婚姻前途就看它了。那时候，所有的女孩子都要割。

现在，她终于相信，屈服于这种习俗是错误的。她的孙女就很幸运，没有行割礼。“现在已经不兴这个了，” 达哈卜说。通过电视宣传活动，她了解到了切割女性生殖器带来的伤害，现如今这种手术已经被认定为非法。

婚后，达哈卜很快就有了四个孩子，一个接一个，间隔很短。由于贫困，以及丈夫健康状况的每日愈下，这对夫妻认为自己生的孩子已经够多了。因为一直打一些零工，如打扫卫生、洗衣、护理等等，达哈卜从来都没有买过避孕药具的医疗保险。但是，当时的埃及为女性安放宫内节育器提供了补贴，所以她也开始用了。

她的丈夫，一个装潢工，20 年前去世。从那以后，她的生活就越来越困难，经常入不敷出。她的三个孩子都得了病，没法工作。为了养活他们，也为了养活自己，她白天要做两份工，晚上还要照顾一位老人。她甚至很少回家。正如喜欢学习读书写字那样，只要有时间，她就会想着法儿挣更多的钱。不久以后，她开始领取一份微薄的政府退休金，但这份退休金无法养活她，所以，她还要继续工作。“女人的命就是工作和挣钱养家，” 她实事求是地说。

在达哈卜和其他几位 60 岁的女性分享自己生活、梦想和抗争的点点滴滴时，一个不争的事实愈发清晰，那就是，她们所处的政治和经济环境深刻地决定了她们的生活轨迹。尽管现实的选择和选项非常有限，但大多数女性都找到了在现有条件下勉强度日的方法，并开创出了有意义的生活。

© UNFPA/R. Anis

这些女性的生活和经历与她们10岁时的梦想大相径庭。有时，女性的梦想是要受时代赋予她们，但似乎又有角色限制的。有时，她们的梦想会被社会动乱打断。正因为如此，一些人的生活出现了意外转折，这是在她们10岁时无从想象未来会取得的成功。

但是，综观她们截然不同的人生历程，一些共性的方面会逐渐浮出水面，这其中许多都与联合国人口基金的使命和工作直接息息相关。

面对一个前景有限的世界

拉杰什瓦里（Rajeshwari Mahalingam）回忆着自己在印度泰米尔纳德邦上学并非常享受的时光。那时，她因为美丽卷曲的长发和参加舞蹈演出而闻名。但是，没有人问过她她的梦想是什么，或者她将来想干什么。当她自己想到这个问题时，可供她选择的未来可能成为的角色似乎是有限的：家庭主妇、医务工作者、教师，其它就没有了。

25岁时，她奉父母之命结婚了。7个年长的兄弟姐妹全部结婚之后，她只能等着父母能够帮她找到一个合适对象——一个不需要天价嫁妆的对象。。

通过剖腹产生下两个孩子后，医生告诉她说，以后的生产也必须以剖腹产方式进行，而这样产生的费用是她的家庭无法承受的。因此，她决定实施输卵管结扎。

© UNFPA/Stormy Clicks

为了支付第二个孩子——一个女儿的生产费用，她不得不变卖一些金银首饰。

那时，她的朋友大多数都没有生那么多。她们都受了家庭计划宣传的影响，拉杰什瓦里说。她还记得当时一个非常流行的口号：“计生家庭就是幸福家庭”。

她把大多数时间都用来照料家人，尽管日子艰难时也会领一些别人家的孩子回家照看，以挣些余钱。她的大部分精力和梦想都倾注到了两个孩子身上。如今，她的孩子都已大学毕业，而且很成功。“我给她们讲故事，读书，都是强调服务和诚实做人的。我渴望看着她们长大并且飞得更高，”她说。

“我最享受的就是养儿育女了。女性就是家里的灯塔，” 拉杰什瓦里说，“女性为家庭做了贡献，而且以这种方式为社会、国家和世界做了贡献”。

在拉杰什瓦里的一生中，她见证了年轻女性面对希望和机遇所发生的巨大变化。结婚前，她

“我最喜欢的事就是做母亲。”

拉杰什瓦里（Rajeshwari）

© UNFPA/Stormy Clicks

© UNFPA/M. Mugisha

不敢到外面去做事情——因为她的父母不允许。但是，小她 5 岁的妹妹却拥有了更多的个人自由，并因此获得了硕士学位，以专业姿态从事着女性问题相关工作并成了一名社会活动家。

从贫困到政治行动

作为乌干达一个年仅 10 岁的孩子，约瑟芬·卡司雅（Josephine Kasya）对她的老师推崇备至："他们是世界上最聪明的人了——所以我说，我也要成为一名教师。此外，我爸爸也是一位教师，我非常爱他。所以我说，'我想像爸爸那样'。"

但是，约瑟芬 12 岁时，伊迪·阿明攫取了国家政权。随之而来的，是多年的动荡、贫困和暴力。她成为一名教师的梦想从来都没有实现。

1986 年内战结束后，她所在的社区大部分被摧毁或消失。所以，她和丈夫——一位社会工作者——搬到了乌干达南方一个绿意盎然但有些偏僻的地方生活。尽管受战争影响较小，但新社区缺少她曾经习以为常的社会基础设施。"生活变得很不一样，非常艰难，"谈到那个时期时，她这样说。当时，她结婚不久，有 6 个孩子要抚养，要到 1.5 公里外的地方才能取到生活用水，还要喂牛。"我不得不设法卖一些牛奶，挣些钱来买一些生活用品。"

但是，她并不后悔她早年时期经历过的那些抗争，她说，因为那些经历激励她积极进取行动起来。"就是在农村的那种环境下，我开始说服女性们走到一起，

"我不再认为这个职位应完全由男性担任，并且为其他地区女性担任类似职位铺平了道路。"

约瑟芬（Josephine）

© UNFPA/M. Mugisha

共同收集资源。”也就是在那里，她开始学习如何与其它组织合作，共同干出了一番事业。

她的领导才能最终被发现。一开始，她被推举担任一些最基层的领导职务，但后来，2001 年，她当选为一个由 25 万人组成的地区主席。在整个政治生涯中，她都在为社区发展、女童教育和性别平等摇旗呐喊，而且把重点放在了为农村妇女发声这一事业上。她成了乌干达第一位女性地区主席。“我打破了这个职位全部为男性所占据的神话，而且为其他女性出任其它地区类似职位铺平了道路，”她自豪地说。最后，她补充说，在她所在的地区，许多女性也已开始担当起决策者的角色。

当战争颠覆选择时

赛洋（Say Yang）曾梦想去一所好学校，然后努力学习，实现自己成为一名教师的愿望。但是，16 岁时，大兵们来到了她的社区，朝天开枪并发号施令，她的梦想也就此破灭了。她被迫与家人分开，并被迫从事一些极其繁重的工作。“战争摧毁了一切，”她说，“甚至毁了我的梦想。事实上，我们都不敢有任何梦想。在战争中，人们甚至没有选项去选择。为了生存，他们什么都会做。”

© UNFPA/M. Kasztelan

“战争期间，人们甚至没有选择的机会。为了生存，他们竭尽所能。”

赛洋（Yang）

© UNFPA/M. Kasztelan

在柬埔寨，当个人自由被红色高棉剥夺时，赛洋被迫在一个大型集体仪式上和一个她连名字都不知道的男人结婚。当他们的名字被叫到时，每对夫妻就出列，走到前面来。之后，他们牵手，并承诺作为对方的丈夫和妻子一起生活。一开始的几个月，她跟丈夫都非常害羞，双方甚至都不敢直视对方或和对方说话。

红色高棉的统治结束后，赛洋和丈夫回到了她的家乡，跟母亲一起生活。1981 年至 1988 年间，她生下了 5 个孩子，其中一个死于婴儿期，另一个死于 13 岁。她从一位邻居那里了解到邻镇一所医院可以做输卵管结扎手术后，为了不错失机会，她踏上了前往这家医院的一段艰难甚至有点凶险的旅程。

一天，赛洋得到了一个好消息：她被邀请去参加一项教师培训。“但是，我真的没有办法去。我每天都要照顾孩子，还有家务要做。所以，我就让丈夫去了。我们必须在家庭与社会之间进行平衡。”

倡导妇女权利

14 岁之前，阿尔玛（Alma Odette Chacón）生活在危地马拉城一个有 6 个孩子的家庭中，她是其中的老大，过着一种相对太平和幸福的生活。她的父母很重视教育，把孩子们送到了一所耶稣教会学校。憧憬未来时，阿尔玛想成为母亲那样的教师，或者成为父亲那样的会计。可以肯定的是，她知道自己想做的事情是帮助别人。

她母亲去医院分娩第 7 个孩子的那一夜，她的生活突然改变了。即使之前每次分娩都是正常的，但这次还是出了问题。

阿尔玛的世界坍塌了。“日子非常艰难，”她说，“突然之间，

你失去了家里的顶梁柱，大家都各奔东西了。”母亲去世之前，阿尔玛一直是班里成绩最好的学生，但现在，她无法保持好的成绩了。她的父亲大部分时间都不在家，最终，她被继母赶出了家门。

阿尔玛的母亲去世一年后，在危地马拉城附近发生了一场 7.5 级的地震，造成了 10 万人的伤亡，100 多万人流离失所。由于同情那些流离失所者的困境，阿尔玛开始帮助那些幸存者。

© UNFPA/Rizzo Producciones

很快，在学校的帮助下，她在基切人土著社区从事了一个月的支教活动。通过两次与边缘化受难弱势群体——大多数为土著妇女——打交道的经历，更加坚定了她终身致力于从事社会正义事业的决心，她说。

20 多岁时，由于害怕因涉足政治而被捕，她离开危地马拉，去了墨西哥。在那里，她寻找并接受了传播学方面的培训。也就是在那里，她感受到了一种更加自由的生活方式，并大胆接受了女权主义思想。为了养活自己，

“女性现在清楚地知道她们享有的权利，她们应该能决定如何对待自己的身体。”

阿尔玛（Alma）

她做过各种工作：清洁工、车间助理、人权中心秘书等等。

在 20 世纪 90 年代中期，阿尔玛游历于中美洲地区，协助组织了一场关于妇女权利的区域会议。在这项工作的激励下，她投身到了女权运动中，并认识到性与生殖健康及权利是女性获得更广泛发展的一个重要杠杆。

现在，她又回到了危地马拉，并已为 Terra Viva 这一致力于解决上述问题的非营利组织工作了数十年。通过这面镜子，她见证了女性特别是土著社群态度的巨大转变：“现在的女性非常清楚自己的权利，非常清楚她们有权就自己的身体作出决定。”

终身助人

十几岁时，塔夫塔•沙加（Tefta Shakaj）一直想去大学学习并成为一名医生。但是，在那时的阿尔巴尼亚，这并不是她拥有的选项。“他们要我们做什么，我们就必须做什么，”她说。但是，中学毕业后，她得到了一个真正改变她人生轨迹的机会，那就是参加了一个培养护理助产士的一年期课程学习。

培训结束后，塔夫塔被分配到了一个缺少医疗设施、医务人员和医疗物资的边远村庄。从各方面来讲，那里的生活都是清苦的。但是，她喜欢照顾新生儿和母亲，充满激情地工作着——接

© UNFPA/G. Banaj

生、提供产前护理、在病房里照顾婴儿……“我帮助了很多人，因为许多接生都是在家里进行的——那时并没有那么多中心。我很高兴自己帮了那么多女性。”

20 世纪 90 年代初，随着阿尔巴尼亚共产主义政权的瓦解，塔夫塔的生活陷入了混乱，什么东西都缺，她说。她结了婚，生了两个孩子。但是，如果不是因为当时在经济上存在的不确定性，她本来应该会生更多。后来，她的丈夫也病了，他们需要钱治病。

© UNFPA/Rizzo Producciones

“我很高兴我帮助了这么多女性。”

塔夫塔（Tefta）

由于没有使用避孕药具，她再次怀孕。像那个时代的许多东欧妇女一样，她选择了人工流产。

20 世纪 90 年代初的混乱也有其积极的另一面。她说，大量的阿尔巴尼亚人涌入意大利和希腊，接触到了新思想和新的工作生活方式。从那些离开阿尔巴尼亚的人那里，“我们开始接触另一个世界和多元化视角，”她说，“在那之前，我们听到的都是阿尔巴尼亚国外的一切都是糟糕的这种论调”。

现在，阿尔巴尼亚的生活正在改善，她说。她相信，她的女儿和孙辈将拥有更多的选择和机会。一方面，现如今的避孕药具已大规模地免费供应；另一方面，她的小女儿已经做了一名警官——这充分体现了老旧的性别平等观念正在发生的变化。

© UNFPA/G. Banaj

© UNFPA/R. Anis

© UNFPA/M. Kasztelan

那些逝去的生活

无论是在自己家庭内部，还是在更广泛的领域，这 6 名女性都对其他人的影响非常大。但是，如果把他们的生活放在 60 年这个跨度内进行观察，我们会清晰地发现，这些女性，其中几位在自己家庭里或社区都是强有力的变革推动者，她们受外部社会、政治和经济力量的影响也非常大：有的作出了妥协，有的理想被挫败。

达哈卜继续在三份工作之间忙碌，但她说，她已经接受了自己的生活，并且知足。

拉杰什瓦里早年对舞蹈的热爱已经转化成了严苛的瑜伽训练，而她未曾实现的教育梦则正通过她的孩子逐步实现。

尽管赛洋说她的梦想早就随着战时经历的暴力而消逝，但亲密的家庭关系对她的生活至关重

© UNFPA/Stormy Clicks

© UNFPA/G. Banaj

要。除了照顾四个孙辈和时常生病的老母亲外，她还开了一家洗衣店。

阿尔玛继续在她的女性赋权工作中寻找生活的意义和目标，没有计划很快就退休。“我还有更多的事情要做，”她说。

一直在与癌症抗争的塔夫塔则下决心看着自己的孙女长大，并坚持活下去。“我不想让肿瘤夺走我最美好的东西，”她说，“只要我还有精力，我会尽我所能帮助他人。”

乌干达的约瑟芬则希望在从公职退休之前再竞选一个任期 - 她的第五个任期。但是，她打算继续做自己喜欢做的事情。“随着岁月的流逝，我不再像以前那样精力充沛了。但我非常喜欢烘焙，打算培训一批女性学习烘焙，让她们可以出售自己做的面包。”

© UNFPA/M. Mugisha

© UNFPA/Rizzo Producciones

© UN Photo/ILO

权利在人口增长时面临的风险

那是技术进步非凡的时代。1969年，尼尔•阿姆斯特朗（Neil A. Armstrong）和爱德文•奥尔德林（Edwin Aldrin）迈出了人类在月球上的第一步。同样是在那一年，医生们首次在一个垂死病人身上成功进行了机械心脏移植。人类卵子也首次在试管中成功受精（Edwards等，1969）。

到 1969 年，医学技术的早期进步，更加强大的公共卫生体系、更好的营养和卫生状况和终结婴幼儿死亡顽疾的全球承诺，终于开始有了效果。在世界范围内，儿童死亡率从 1950 年每 1000 例活产婴儿 215 例死亡的水平降到了短短 19 年后每 1000 例活产婴儿仅不到 160 例死亡的水平（联合国，2017）。

其它的医学进步也在帮助人们延年益寿。在全球范围内，人类的预期寿命已从 1950 年的 47 岁增加到了 1969 年的 55 岁左右。

儿童存活率提高和人类寿命延长改变了人类的处境。这种情况与每名妇女生育约 5 个孩子的全球平均生育率共同产生作用，改变了世界人口的发展轨迹。

自 1969 年以来，世界人口正以每年约 2% 的速度增长。在这一速度下，世界人口将在短短 35 年内就翻一番。全球人口从未以这么快的速度增长过。

从庆祝到担忧

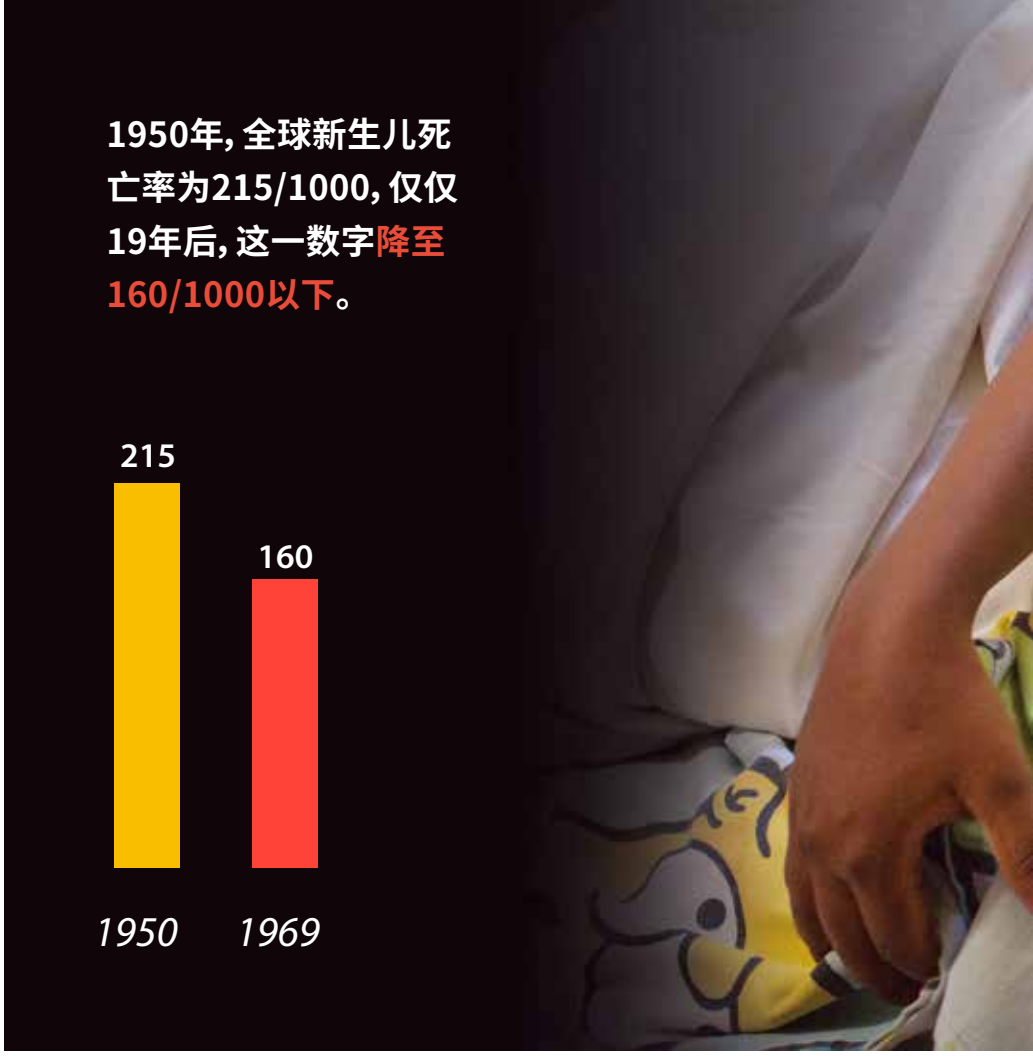
全球庆祝因公共卫生取得的成就，很快就被因人口众多争夺日益减少的资源这一反乌托邦式

的未来所带来的担忧取代了。这种增长对于饥饿这种全球性挑战将意味着什么？对于被冲突撕碎的地区又将意味着什么？在人口增长如此急剧的情况下，发展经济和帮助人们摆脱贫困的努力将如何维系？对于这一问题，我们能够做些什么？

对一些人而言，人口增长并非人类进步的反映，而是对人类自身的威胁，是一个需要迫切解决的问题。

早在 20 世纪 50 年代，对人口高速增长后果的担忧就笼罩着整个安全共同体。在美国，艾森豪威尔总统指定退役将军威廉·德雷珀（William H. Draper）领导了一个为发展援助设计具有连贯性策略的委员会。德雷珀的委员会从其观点强调世界各地的发展中国家在人口增长方面都存在一些重大问题，特别是粮食生产方面的问题。“与世界人口增长相关的问题将成为今天年青一代将要面对的最严重问题之一，”这个委员会在 1959 年的报告中写道，“除非人口增长与当下粮食生产发展趋势之间的关系得以扭转，否则本来就难以完成的经济发展任务实际上将成为不可能完成”（Draper 等，1959）。

1950年，全球新生儿死亡率为215/1000，仅仅19年后，这一数字降至160/1000以下。



“与世界人口增长的相关问题将成为今天年青一代将要面对的最严重问题之一。”

德雷珀委员会

为应对这一挑战，这个委员会建议美国及其它发达经济体应满足发展中国家的请求，“在它们制定人口高速增长这一问题的应对方案时”为它们提供信息和技术援助。此外，该委员会还建议美国“增加对其他地方在孕产妇和儿童福利的规划方面提供援助”。

© Mark Tuschman

几年后，保罗·艾里奇（Paul Ehrlich）在他的著作《人口大爆炸》中宣称，“无论你对什么问题感兴趣，除非你同时解决人口这一问题，否则你是不可能解决你感兴趣的问题的”（Ehrlich，1968）。约翰尼·卡森（Johnny Carson），颇受欢迎的美国午夜电视节目《今夜秀》的主持人——对保罗·艾里奇进行了无数次的专访。结果，保罗·艾里奇的著作成了畅销书，而“人口过剩”这一观点和我们该做些什么（如果能够的话）之类的问题也成了世界各地客厅、讲堂和政府大楼中的争论对象。

由国际智库罗马俱乐部委托并由麻省理工学院研究人员于1972年开展的一项研究，进一步加剧了人们对人口持续高速增长对社会意味着什么这一问题的忧虑。在他们的研究成果《增长的极限》一书中，麻省理工学院的研究人员基于人口增长、粮食生产、工业化、污染和不可再生自然资源的消耗等不同相关因素的假设，详细描述了各种未来情境（Meadows 等，1972）。其中，假设1900年至1970年间的历史趋势得以延续，这一“标准运行”模式因资源枯竭、工业基础崩溃（及依赖于工业产出的农业

体系随之而来的崩溃）和人口增长等原因导致了“过载和崩溃”。有趣的是，在这一模式下，人口增长趋势最终因粮食和卫生服务短缺造成死亡率上升而实现了逆转。基于对一个或多个假设变量进行微调的其它情境也导致了最终的过载和崩溃。只有一个情境——即人口和工业资本增长率保持稳定、且技术进步为控制污染和粮食高效生产提供支持——达到了一种平衡状态，并诞生了一个“稳定的世界”。

“如果当前人口、工业化、污染、粮食生产和资源消耗的发展趋势保持不变，”麻省理工学院的研究人员总结说，“这个星球上的增长极限将在未来 100 年内的某个时候触及。最可能的一个结果，将是人口和工业能力两者都发生相当突然和不可控制的衰退”。这项研究采用的方法和结论都成了人们广泛探讨和争论的对象，而这又进一步激发了人们在考察人口增长与其它人类和自然系统之间互动关系方面的兴趣（Nørgård 等，2010）。

家庭计划壁画：“三年后的第二个孩子”，印度，1988年。© Raghu Rai/Magnum Photos

从担忧到控制

由于担心快速的人口增长会抵消发展效益、产生饥荒甚至更糟糕的结果，国际组织、非政府组织和各国政府开始采取行动。

在许多地方，采取的行动是对人口发展趋势进行考察、并寻求更好地了解人口增长对其它社会目标的影响。在其他一些地方，这种行动则是以启动家庭计划方案这种形式出现。在某些地方，行动的结果甚至是有步骤地鼓励甚至强迫夫妻和个人减少生育或不生育，而在这一过程中，有时还会侵害个人的权利和选择。

在整个 20 世纪 70 年代和 80 年代，许多国家都实施了人口方案或家庭计划政策。这些政策通常都包含人口发展成果方面的目标或指标（如实现人口稳定的目标日期），抑或降低生育率或提升采用现代避孕方法的人口比例等方面的目标。

但是，人口发展目标有时会优先于个体权利和选择。在一些人看来，自愿的家庭计划方案，即个人有权就避孕问题自行决策的家庭计划方案，对于降低生育率而言是不够的。“导致人们想生或不想生的条件是不受家庭计划的控制，因而也是不受任何仅仅依赖家庭计划作为人口政策的国家控制的，”美国社会学家戴维 斯（Kingsley Davis） 在 1967 年一篇颇具影响力的文章中写道（Davis，1967）。他坚称，如果人口政策的本意是要控制人口增长并因此而造福社会的话，那它就需要一些新的方向，而绝不只是实施家庭计划。

家庭计划项目提供的免费育儿服务。印度，1972年
© UN Photo/ILO

为此，戴维斯提出了推迟结婚、实施旨在限制婚内生育的干预措施等建议。这些干预措施可能会侵蚀保护个人权利和进行倡导所作出的努力。比如，诸如现金支付、食品和家庭用品之类的财务激励被纳入了一些国家的人口政策，作为说服夫妻实施特定家庭计划方法或限制生育的策略（Heil 等，2012）；一些国家的

一位年轻女性正在某家庭计划中心查看节育环。东非，1973年
© UN Photo/FAO

人口政策还为少生家庭提供了住房和贷款优惠（Ross 和 Isaacs，1988）。

在许多情况下，旨在降低生育率和人口增速的目标都侵害了《国际人口与发展大会行动纲领》提出的个人权利和选择。

对人口增长的担忧推动了 20 世纪五六十年代避孕技术的许多创新，并导致了包括口服避孕药、宫内节育器和避孕针剂在内的现代避孕方法的诞生。但是，在某些情况下，以人口统计学目标为动机的人口政策催生了一些降低了服务质量并危害个人健康和权利的作法。

比如，首次大规模测试口服避孕药是 1956 年在波多黎各进行的，参与测试的 200 名妇女全部来自该国的一个住房项目。这些妇女并没有就这种避孕药的安全性和潜在副作用得到多少通报，因为这些信息当时仍不得而知（Liao 和 Dollin，2012）。 随着时间的推移，人们还对负责开发和评估避孕技术的机构、私人公司和政府的作法提出了一些其它关切，其中包括对知情同意、充分咨询和医疗随访缺失的关切（联合国，2014）。

增进对趋势的了解，扩展个人的选项

对人口增长的忧虑在许多情况下催生了限制甚至是践踏权利和选择的政策和规划， 20 世纪人口变化仍然还推动了一波又一波的新型学术研究和全球对话。这些研究和对话的主题都是关于人口动态如何影响社会经济发展的趋势并被社会经济发展的趋势所影响，以及这些趋势是如何与新兴的人权议程产生交集并互动的。

为调查人口增长的影响及潜在的政策和实际应对措施，人们还成立了新机构。1952 年，约翰·洛克菲勒三世在美国国家科学院的支持下召集了一场旨在调查人口发展趋势及其后果的会议。不久之后，他成立了人口理事会，继续开展这项工作。从早期起，

人口增长与经济增长

因意识形态争论导致初次触礁后，证据——而非政治权力和支持——最终被用于回答经济增长与人口增长到底是什么关系这一问题。Coale 和 Hoover（1958）撰写的一篇重要文章证实，在人口增长率非常高的国家，经济增长率都偏低。这是相关性而不是因果关系的证据，但一些人仍将其用于强化人们对高的人口增长率对经济产生负面影响的担忧。

但是，后来的研究推翻了这一观点。比如，在 1984 年墨西哥城国际人口大会前夕，美国科学院委托开展的一项研究得出结论，人口增长对经济增长而言是一个中立因素。这个结论来源于对人口增长率与经济增长率进行的比较（非两者水平的对比）。结果表明，两者之间似乎没有关系（美国国家研究理事会，1986）。这一并不确定的结论及其它研究成果强化了 1984 年会议及之后人们对家庭计划努力的抵制。

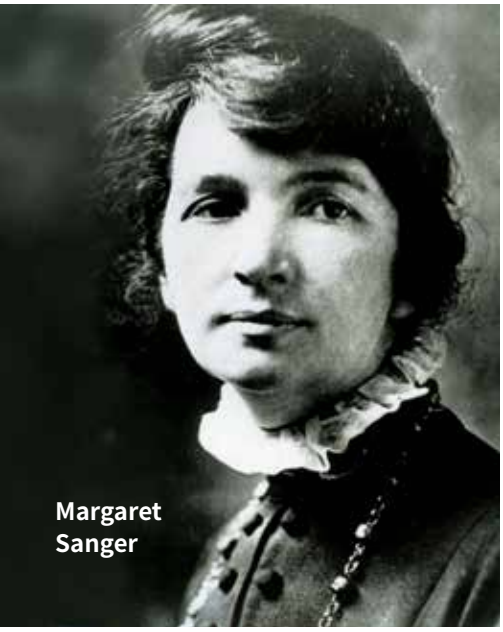
这一效应被称为“人口红利”，但其并不是无限期存在的。

自 20 世纪 90 年代后期起，人们对总体人口水平及其变化并不能解释人口增长与经济增长之间的关系的认识越来越强烈。其中的关键是随着出生人口减少、生育推迟和分娩安全提高，以及人口的特征和机会，特别是围绕教育（Lutz 等，2008）、健康和就业（Joshi 和 Schultz，2007）等领域产生的机会，人口的年龄结构发生变化（Bloom 等，2000/2007；Bloom 和 Canning，2004）。由于生育率降低，人口中处于工作年龄段的人口比例相对于非常年迈和非常年轻人口的比重将提高。如果这一阶段正好对青少年到成年的广泛、大幅的人类资源进行投资，再加上劳动力市场提供的机会，其结果就是促进经济增长和繁荣。这一效应被称为“人口红利”，但它并不是无限期存在的。随着死亡率包括老年期死亡率的持续下降，老年受供养人口占总人口的比重将增加，人口红利的机会则可能会越来越少。

随着人口红利相关学术研究的增加，人口动态学再次获得了在经济政策讨论中应有的地位。但是，这种东山再起同样伴随着人们的警告和误解。实际上，人口红利这一现象与青年人和成年人相对于儿童和老年人口比例的提高相关，而不是与青年人和成年人这一劳动适龄人口绝对数的增长相关。这就要求人们降低生育率，减少以后的一些年龄人口的规模。此外，性别问题也要纳入考量。当女性能够以高产方式加入劳动大军时，劳动人口将相应增加（被边缘化和被排斥群体亦然）。人们出生时就是没有资源的，但进入老年“依靠”阶段时，却积累了大量资源，除非长期处于贫困状态。机会窗口也经常被人们错误地认为会随着受供养人口比例降低至最低水平而迅速消失，尽管人口红利在接下来的数年都会比窗口期初始阶段更为有利。这一事实说明，随着时间的推移，各国仍有必要进行支持性投资，从而使在窗口期开启时促进人口红利，而在之后则维持人口红利。

人口理事会就一直致力于增进理解人口发展趋势及其与社会目标的关系，其早期项目之一就为研究生接受人口统计学相关培训提供了支持。

但是，人口理事会早期的工作并不完全是人口方面的，它还反映了当时人们的一个认识，即人口发展趋势是以个人活动为基础的。因此，人口理事会在社会和生物医学研究领域的项目致力于阐述个人作出生育决定的背景，同时研究有助于增加个人在性和生育方面选项的避孕技术。这些问题对于那些在当时被称为“生育控制”运动中，致力于增加妇女选项和选择的人而言是非常重要的。事实上，国际计划生育联合会就是在美国节育运动先驱玛格丽特·桑格（Margaret Sanger）和印度的 Rama Rau 夫人共同主持下于同年成立的（Claeys，2010）。


Margaret Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

1969 年，美国国际开发署成立了一个人口办公室——德雷珀委员会 1959 年发布的报告对于这个办公室的最终成立发挥了重要影响。之后，其它发达国家也开始创建人口项目，作为其对外援助战略的组成部分。这些项目的一个关键特征，就是提供家庭计划信息和服务。很快，美国和瑞典成为发展中国家家庭计划项目的主要双边捐赠国（Robinson 和 Ross，2007）。

联合国大会也反映了人们对人口快速增长的忧虑。1966 年，联合国大会通过了名为《人口增长与经济发展》的第 2211（XXI）号决议。这份决议呼吁联合国“在谨记各国各地区人口问题的不同特点及因此而产生不同需求的同时，应各国请求进一步协助国家和地区开发和强化人口领域的培训、研究、信息和咨询服务设施”（Singh，2002）。第二年，联合国秘书长吴丹成立了一个信托基金，并赋予其支持世界各国制定人口政策的广泛使命。1969 年，这个信托基金变身为联合国人口基金，并以拉斐尔·萨拉斯（Rafael Salas）作为其首任执行主任。与那个时代的同行机构一起，联合国人口基金帮助启动了对人口发展趋势根源和后果的深入调查。与美国国际开发署合作，联合国人口基金发起了世界生育调查，收集和整理可靠的人口数据。这项调查首次帮助人们揭示了与女性生活相关的重大问题，包括他们在怀孕和生育方面的偏好、选择和需求等。

人口理事会、国际计划生育联合会和美国国际开发署等机构成为一场新的人口运动的创始成员。这项运动为人口问题的探索注入了新的能量、政治意志和各类资源，从而拓展了发展中国家的家庭计划项目并强化了个人在生育活动中的选择能力。但是，在这场运动内部，关于人口增长本身是否是一个问题、如果在是的情况下，家庭计划项目作为一个解决方案是否适当和充分的分歧正日益扩大。

变革领军人物

拉斐尔•萨拉斯（Rafael Salas）

拉斐尔•萨拉斯被人们昵称为“人口先生”。作为联合国人口基金的首任执行主任，他主导了这一机构1969年创建的整个过程。在他的领导下，联合国人口基金从一个微不足道的机构发展成了世界上规模最大的人口援助多边提供方。在这一过程中，全球就人口和发展与人们的性与生育权利之间不可分割的联系达成了共识，并以通过《国际人口与发展大会行动纲领》而告终。

“以自由且负责任的方式决定孩子的数量和间隔是父母的一项基本权利，”在1968年举行的国际人权会议上，他对与会者们如是说。当时，这还是一种非常新颖的表述，特别是对作为会议副主席的萨拉斯来说。

萨拉斯以善于撮合那些存在分歧的人、帮助他们跨越僵硬的意识形态立场并就共同关切达成共识而远近闻名。当然，他的着眼点永远都是为了实现更大的利益。他主导了1984年在墨西哥城举行的国际人口大会，并开创了联合国针对各国议员和宗教领袖的工作。他还劝说各级政府将人口和贫困问题纳入国家发展计划。

作为一个多才多艺的人，萨拉斯在不同时期当过教授和诗人。他还是他的祖国——菲律宾——的国家经济理事会执行理事，同时还是《马尼拉纪事报》的总经理。作为菲律宾国家水稻和玉米自给自足计划的国家协调员，他强力发动了一场“绿色革命”，并因此而首次使菲律宾实现了水稻生产的自给自足。

1987年，由于英年早逝，萨拉斯的联合国人口基金执行主任任期被迫终止。他的朋友和同事从世界各地赶来给他送行。在称赞他取得众多成就的同时，他们还一致认为，世界失去了一个伟大的人，一个一直以卑微公仆自称的人。因为他的仁慈和多年服务，他将永远活在人们心中。

“以自由且负责任的方式决定孩子的数量和间隔是父母的一项基本权利。”

© UN Photo/Milton Grant

在 1974 年召开的布加勒斯特世界人口大会上，这种分歧终于走向前台，公开化了。此前，发达国家一直都在支持发展中国家的家庭计划的努力并协助各国政府确立人口政策。

但是，并非所有发展中国家都欢迎这种支持。实际上，一些发展中国家并不把人口增长视为自己国家面临的一项挑战，且认为发达国家是因为思维方式的问题而受到这一问题的影响。对于那些受马克思主义劳动价值理论影响的人而言，人口越多，意味着劳动力越多，因而创造的财富也越多。因此，旨在削弱人口增长的努力在这些人那里遭到了怀疑和抵制。另外一些人则认为，在市场能够创造足够就业机会的条件下，更多的劳动力才意味着人类生存状况的改善。由于人口增长率往往高于经济增长率，因此两者之间的差距将导致就业不足甚至失业，并最终导致社会动荡。

“当今世界许多国家都存在失业和贫困问题，难道这能归结于人口过剩吗？不能！绝对不能！这主要是因为帝国主义特别是超级大国的侵略、掠夺和剥

变革领军人物

朱迪斯•布鲁斯 (Judith Bruce)

作为一位具有敏锐观察能力的少女，朱迪斯•布鲁斯认识到，除非受到激烈挑战，否则“成为女人”这一人们习以为常的过程就不仅意味着身体上的变化，而且还意味着自由的丧失。年轻女性在性和生育方面的选择不仅要受迟钝医疗服务的约束，而且还要受缺乏独立的“声音”和收入缺失这一现实的约束，且两者的约束力同样强大。

即便在她所处的时代现代避孕药具受到欢迎的时候，布鲁斯对避孕方式严重依赖技术装置提出了质疑。20多岁时，她参加了一场支持女性选择权的集体诉讼，并对女孩子的青春期如何影响其能力，从而选择自己有尊严的生活进行了研究。

她的学术道路和她的生活经历并行，她几乎同时发表了关于女性在家庭环境下的社会和经济的谈判能力的著作和关于提供以服务对象为中心的保健的著作。她的“优质服务”框架支撑了全球家庭计划规划的转变，从强调以数字作为衡量成功的指标到倡导以可持续、安全的方式提供服务并满足妇女和女童的重点需求。这一框架包含6个要素，即：确保服务对象在一系列对应其需求的不同避孕方法中至少有一个选择；与服务对象交流信息，确保其知情选择；提供保健服务人员的技术能力；充满尊重和给予支持的人际关系；为解决避孕用品停用率的随访和延续机制；提供适当的系列服务，确保服务对象能够接受其需要的服务，并能够为满足其健康需求应对更为广泛的社会环境。

这一框架为世界一些国家重新计划方案奠定了基础。布鲁斯在1994年国际人口与发展大会构建了这样一种认识： 以服务对象为中心的生殖健康服务与女性赋权战略是同样的目标，而不是相互竞争的目标。

削造成的，”中国代表团团长 Huang Shu-tse 在布加勒斯特说（Potts 等，2018）。印度卫生和家庭计划部长 Karan Singh 辩论称，广泛的社会和经济状况才是高生育率的主要原因，因此更多的发展援助——而不是家庭计划援助——才是优先事项。他说：“发展才是最好的避孕药具”（Potts，1992）。

这些对话使人们对新的家庭计划项目的有效性及在更广泛的意义上人口增长与经济增长之间的关系产生了一种不确定的心理。事实上，众多声音质疑引起发展中国家生育率下降及人口发展加速转型的因素。

在 1974 年的布加勒斯特，约翰·洛克菲勒三世对“家庭计划这一方法的结果”表示了“失望”，并敦促人们重新进行评估，超越当前仅仅实施家庭计划的作法。“我认为，如果要在经济和社会发展领域取得真正的进展，要在人口目标的实现方面取得进步，女性必须在决定其社会角色的过程中拥有越来越大的选择自由”（洛克菲勒，1978）。

目前，她正呼吁利用可持续发展目标将投资推向制止童婚、性胁迫、未满足的需求、资源稀缺和代际贫困等交叉又重合的热点领域。“经历高风险后带来的最糟糕结局中，女孩子最可能成为单亲妈妈和单亲家庭的支撑者，”她说。由于家庭责任将其排除在学习、就业和社区参与等机会之外，这些女孩子甚至会被进一步边缘化。与此同时，她们的男性伴侣却能够从新兴的、以技术为驱动的经济中受益。

“如果不对10-14岁的女孩子进行积极投资，各国就不要指望能够收获人口红利，”她说。不进行这些投资，就相当于接受有计划的贫困。此外，她还预测说，“面对气候危机、冲突、流离失所、稀缺和压力，年轻女性面临着日益增大的压力，把生存与性和生育进行交换”。

为此，布鲁斯呼吁针对那些最可能被遗忘的人开展与年龄、性别和地点相对应的计划，扭转这一有计划的贫困及随之而来的、糟糕的生殖健康状况。这一变革的起点，就是生活在当前最贫穷国家的5000万10岁女童。

© Nadia Todres

抵制狭隘的人口政策

20 世纪 80 年代，随着各国人口政策的持续扩展，人们对倡导人口发展目标者的担忧和不信任持续加强。一场国际妇女健康运动日益发展，并开始倡导不仅能够确保参与家庭计划、而且能够确保以更加全面的方式处理女性生殖健康问题——包括性取向与性别关系等问题的项目。

尽管妇女健康运动在许多方面呈现出多元化倾向，将她们团结在一起的是这样一个基本信息：即妇女健康计划的设计、实施和评价应由对生殖健康和权利的关切——而不是人口发展目标——决定。世界各地的妇女团体日益呼唤的，是将女性视为有其自身需求和权利的主体——而不仅仅是为实现更广泛社会目标的客体——的政策和规划。

因此，越来越多的声音开始呼吁在生育和家庭计划方面就妇女的需求和偏好开展新研究并收集新数据。许多声音认为，这些需求和偏好——而不是人口发展目标——应作为人口政策和家庭计划规划的主要指南。实际上，Sinding 等人（1994）开展的一项颇有影响力的研究表明，在作为分析对象的大多数国家，人们对家庭计划的当前需求超过了政府设定的避孕普及率的国家目标。因此，他们论称，根据服务对象希望达到的目标而制定的政策应替代以人口数量为目标的人口政策。

搭建一个大框架：国际人口与发展大会的前奏

个人目标与集体目标可以在人口政策这个大伞下实现调和：在 1994 年开罗国际人口与发展大会的筹备阶段，这一讯息成为一个全球性的战斗口号！

作为一个核心组织机构，联合国人口基金与联合国人口司合作，共同致力于在一场分歧日益扩大的运动内部牵线搭桥，缩小鸿沟。这些机构寻求扩大全球人口运动的早期共识，既承认了解人口发展趋势对实现永久发展成果的至关重要性，同时也认可女性生活的重要角色，并倡导女性权利和选择作为制定人口政策的一个基本原则。

在联合国人口基金执行主任纳菲斯·萨迪克 (Nafis Sadik) 博士的领导下，国际人口与发展大会秘书处主导了一个谈判进程，最终促成了一项驱动达成共识的《行动纲领》，彻底改变了人们关于如何制定和实施未来人口政策的看法。

通往开罗的道路是漫长而慎重的。首次筹备会议 1991 年召开。在这次会议上，“发展”首次成为一个与人口相关国际会议标题的一部分。在之后举行的“筹备委员会”会议上，各国就行动纲领草案进行了审议、辩论和认可。

除筹备会议外，国际人口与发展大会秘书处还组织了专家小组会议，解决诸如人口增长、移民、家庭计划和健康、人口与环境等棘手问题。此外，秘书处还组织了 5 场地区会议，确保各广泛地域的投入和认可。非常重要的是，秘书处还组织了众多正式和非正式的非政府组织集会，推动利益团体的进行广泛、多元和坚定的参与。

无数次磋商、多场会议、利益相关方的战略倡导和参与终于有了回报。在最终《行动纲领》中，各国政府首次一致认为，人口政策应对广泛的社会发展加以考量。他们还达成了以下共识，即家庭计划应在提供全面生殖健康服务的背景下实施，同时确保生殖健康和安全、预防性传播疾病、并纳入有关性与生殖健康的关切包括应对性别暴力及其它有害实践的努力。由此，女性赋权和性别平等终于被上升为人口与发展政策的基本要素。

变革领军人物

纳菲斯•萨迪克（Nafis Sadik）

出生于1929年的纳菲斯•萨迪克是在一个波谲云诡的历史时期长大的。1947年，她的祖国——巴基斯坦——诞生。那是一个对于做女孩子来说不是特别有利的时代。但是，萨迪克仍然怀着一个让世界更加美好的愿景。而且，她确实做到了：1994年，在一个全新人口和发展理念的激励下，她成功地使人们走到了一起。

她从一开始就对传统发起了挑战：她取得了产科医学学位，致力于为农村贫困人口服务并帮助制定了巴基斯坦第一项国家人口政策。

她加入了联合国人口基金，然后迅速崭露头角，并于1987年成为该机构的第二任执行主任——这标志着一个靠自愿捐赠运作的联合国重要机构首次由女性掌舵。很快，她就成为一名充满激情的活动家，积极呼吁赋予女性从信息到避孕方法的各种方法，帮助她们管理自己的生育生活。她去世界各地，倾听女性的故事，并鼓励她们加入一场为争取健康和远离暴力权利而进行的、永不停息的斗争。

20世纪90年代初，联合国秘书长启用萨迪克领导国际人口与发展大会的筹备工作。这次会议是历史上各国政府就这一主题而举行的规模最大的集会；它革新了性与生殖健康及权利的工作方法。在萨迪克的循循善诱下，公民社会团体在这次会议的所有阶段都发挥了显著作用，从而为社会活动家参与国际政治讨论创造了一个新的规范。

“作为推动者和受益人，人民是这一进程的中心。”

会议开始时，萨迪克站在代表们面前，用她那一如既往的直率语言说：“人口政策和规划中任何形式的胁迫都是不可接受的。女人和男人有权选择自己家庭的规模和孩子的出生间隔，有权得到需要的信息和手段做到这样”。

“作为推动者和受益人，人民是这一进程的中心，”她宣称，“我们有责任减轻他们的负担，清楚他们前进道路上的障碍并允许他们充分释放作为人类的潜力”。

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo

© Mark Tuschman

这些着眼点的背后是以下共识，即强化个人健康和权利有助于降低生育率并延缓人口增长。通过将人口快速增长的因果关系置于人类发展和社会进步的大背景下，具有不同政治、文化和学术视角的各国政府和公民社会终将携起手来，共同支持《行动纲领》中的那些建议（Ashford，2001）。

与以往国际人口会议的成果文件不同，开罗会议的《行动纲领》在处理性、生殖和性别关系相关问题时保持开放并注意到其中的敏感性。它强调了性与生殖健康及权利与人口和发展其它几乎所有方面——包括城镇化、移民、老龄化、家庭结构的变化、年轻人的权利等方面——之间的重大联系。通过比较会发现，1974 年布加勒斯特会议通过的《世界人口行动计划》和 1984 年墨西哥城会议提出的建议都未包含“sexual（性的）”或“sexuality（性）”这样的字眼（联合国，1995）。

吸取教训，继续前行

国际人口与发展大会达成的共识产生了深刻而持久的影响。

过去那种自上而下的人口发展目标已经一去不复返了；今天的“人口政策”概念反映了女性的教育、赋权和平等这一至关重要的广泛共识。在提供全面性与生殖健康服务的背景下实施家庭计划的重要性已被人们充分接受。

尽管如此，许多人仍在让大家注意，认为当前的人口发展趋势可能会妨碍实现发展成果。比如，在许多深陷贫困和冲突或在气候变化、自然灾害面前非常脆弱的地方，人口增长率仍然较高。在问题的另一端，持续低迷的生育率和人口老龄化则引起了人们对经济健康发展和社会是否有能力提供全面社会安全网的担忧。

不可否认的是，人口动态决定并取决于社会状态，两者之间的关系是复杂、多元和多向的。过去的教训表明，那种自上而下的、由国家支持的企图设计或改变人口发展趋势的行为是徒劳无功的：作为工具，它们在实现预期成果方面过于迟钝，而且给个人选择施加了不必要的限制，同时还存在着以恶劣手段侵犯人权的风险。

深入了解人口发展趋势及其与发展目标之间的关系仍然必要。国际社会有责任收集和传播揭示这种关系的数据，同时继续强调权利和选择在所有生活领域——特别是在获得性与生殖健康相关信息和服务方面——的第一重要性。

本章精华

- 1969 年，在世界人口快速增长时期，联合国成立了联合国人口基金，帮助各国分析人口发展趋势及其与经济和社会发展之间的关系。
- 20 世纪 70 年代，政府、非政府组织和发展机构提供了越来越多的、可靠的现代化避孕手段，提高女性管理其自身生育的能力。
- 实现人口发展指标是一些早期家庭计划规划的主要目标，有时甚至是以牺牲生殖健康服务的质量为代价而进行的。
- 到 1994 年国际人口与发展大会召开时，国际社会已经形成了以下共识，即女性有权就是否、何时及以间隔多久怀孕作出自己的决定。《国际人口与发展大会行动纲领》表明，生殖权利和可持续发展是相互强化的。
- 实现人人享有权利和选择取决于公民社会、政府、学术界和国际机构之间的持续合作。
- 联合国可持续发展目标的实现部分取决于性与生殖健康的普遍实现。

© James Blair/National Geographic Image Collection

存在，但是不可及

20世纪70年代及之后，各国人口项目和捐赠资金的增长极大增加了发展中国家避孕药具的供应。

国际计划生育联合会也代表世界各地需要信息和服务以行使自身生育控制权的女性发出了声音。这个联合会的优先目标之一，是增加女性防止怀孕的选择。20 世纪 50 年代，最普遍的避孕方法主要是由男性控制的，如男性安全套、体外排精、定期禁欲等。玛格丽特·桑格（Margaret Sanger）——该联合会的创始人之一——对于开发一种像阿司匹林那样可以简单服用并避免女性怀孕的药物特别感兴趣。1953 年，她将美国女权主义慈善家凯瑟琳·麦考密克（Katharine Dexter McCormick）介绍给了格雷戈里·平卡斯（Gregory Pincus）博士。之后，麦考密克为平卡斯的激素口服避孕药研究提供了资助。到1960年，“避孕药”就成功上市了。

1970 年，人口理事会成立了国际避孕研究委员会，以进一步增加可供选择的避孕选项，包括长效选项，如植入剂和注射针剂等。

到 1976 年，全球已经有 100 多个政府通过公立诊所直接提供或通过非政府组织间接提供避孕信息和服务。到 1986 年，提供现代避孕药具的国家数量已经增加到了近 140 个，而到 1996 年则增加到了 160 个（联合国，2013）。到 2015 年，全球只有 6% 的政府未提供任何家庭计划支持。但是，这些政府允许私营部门提供家庭计划服务——尽管未向他们提供任何物质或经济支持（联合国，2017a）。

随着政府计划生育支持和避孕方法数量的增加，使用避孕药具的人数也增加了。在世界范围内，使用避孕药具的已婚或同居女性的比率在 1970-2015 年间几乎翻了一倍，从 36% 提高到了 64%（联合国，2015）。

过去半个世纪，各国政府和国际捐赠群体拓展了面向所有人的、多种避孕药具的供应，从而形成了今天显而易见的、范围广泛的避孕方法组合。

不仅仅是家庭计划

随着拓展计划生育规划的努力在全球范围内展开，妇女问题开始走向舞台中央。1975 年，联合国宣布“妇女十年”运动正式开始。此后，多场国际会议和地区集会使全球妇女相聚一堂，共享信息并倡导变革。越来越多的妇女开始提出生育生活中的变革要求，而这种变革——她们宣称——绝不只是简单地实施家庭计划。比如，面对每年数以万计的女性在怀孕或生产期间死亡的令人警醒的新证据，妇女健康运动加速了 1987 年全球孕产妇安全倡议的实施。这项倡议旨在通过社区医护服务的强化、警报和运输系统的开发使有风险孕妇能够及时接受挽救生命的孕产妇保健服务，从而使孕产妇死亡率到 2000 年降低 50%。

与此同时，公民社会组织还呼吁用更广泛的生殖健康服务替代以避孕药具的分发为重点的、狭隘的计划生育规划。他们宣称，家庭计划的实施只是全局的一个组成部分，而为了保障人们在生活中的权利和选择，所有人都需要且有资格享有一套全面的性与生殖健康相关的信息和服务。

如此接近，却又如此遥远

1994 年，国际人口与发展大会通过的《行动纲领》不仅承认家庭计划、性与生殖健康和生殖权利是相互交织的，而且还呼吁各国确保以下服务的获取：产前护理；安全分娩和产后护理；不孕不育的治疗；安全、合法的人工流产及不安全人工流产后的管理；生殖道感染和性传播疾病的治疗；性、生殖健康和负责任生育相关信息、教育和咨询的提供等。

《行动纲领》还肯定了这些服务及乳腺癌和生殖系统癌症的转诊在任何情况下都不应缺失，而停止诸如女性生殖器割礼之类的有害作法应成为初级卫生保健工作不可分割的组成部分（联合国，2014a）。

“获取”这一字眼强调的是，对于人人能够享受其生殖权利这一目标而言，确保生殖健康服务存在是不够的。权利是普遍的，这意味着人人都享有权利。但是，打个比方说，即便家庭计划服务是存在的，一个不能使用家庭计划服务的女性仍然无法享受她的家庭计划权利。因此，要确保权利实现，阻碍获取的社会、经济及其它障碍必须予以消除。

“获取”最简单、最基本的定义之一，是服务提供点的地理距离。遥远的距离可能会妨碍服务的使用，因为可承受交通选择有限，或离开住址前往服务提供点对贫困妇女而言机会成本太高

© Patrick Zachmann/Magnum Photos

等。但是，距离只是这一挑战的一部分。有时，服务确实就在转角处提供，但仍然无法为人们所使用。

比如，附近的家庭计划诊所可能确实在提供服务，但持批判态度的服务提供者可能会拒绝向年轻人或未婚女性分发避孕药具。同样，这家诊所还可能只提供一种或两种现代避孕方法，而无法提供某些女性更需要的其它方法。避孕药具的供应也可能不可靠。此外，一些地方还可能有禁止某些群体使用服务的法律，而有些丈夫可能也会禁止妻子使用任何形式的避孕药具。

随着时间的推移，研究人员和工作人员终于承认，服务获取受个人、社区、服务提供者、服务提供点等多层面因素的影响，因而帮助人们提出了多维度的获取概念。强化后的获取概念承认了个体在利用信息和服务促进其健康、幸福并推动其性与生殖相关权利和选择实现的能力方面所面临的许多障碍。

克服障碍，使之获取

过去半个世纪，旨在向各地普及性与生殖健康服务和信息的努力已经取得了巨大进展。但是，这种进展仍不平衡，不平等现象仍然存在。这种现象不仅存在于国家内部，而且还存在于国家之间；不仅涉及家庭计划和孕产妇保健相关传统关切，而且还涉及有助于充分实现性与生殖健康及权利的信息和服务。

多种社会、制度、政治、地理和经济因素都在其中发挥了作用。性与生殖健康领域的不平等深受收入不平等、医疗体系的质量和覆盖范围、法律和政策、社会和文化规范及人们接受性教育的情况等因素的影响。

收入不平等

在今天的大多数发展中国家，性与生殖健康关键服务在最贫困的 20% 的家庭中的使用率通常是最低的，而在最富有的 20% 家庭中的使用率通常是最高的（联合国人口基金，2017）。贫困与使用不足之间的关系非常复杂：一方面，健康服务和物资的经济成本在某些情况下可能成为使用障碍，而另一方面，收入又与众多社会、制度、政治、地理和经济因素相关，而这些因素也会影响个人的服务获取情况。

最贫困家庭的女性可能无法获取性与生殖健康服务，或者使用甚少，从而导致意外怀孕、怀孕或生产所致疾病或死亡风险的提高，在没有医生、护士或助产士协助的情况下自己生产等问题。

对于这些妇女而言，糟糕的性与生殖健康状况可能会妨碍她们获取机会，削弱她们的潜力，

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

图 4.1

通过现代避孕药具满足的家庭计划需求的比率（按发展水平、居住地点和财富五分位数分类统计，有数据可查的最近年份）

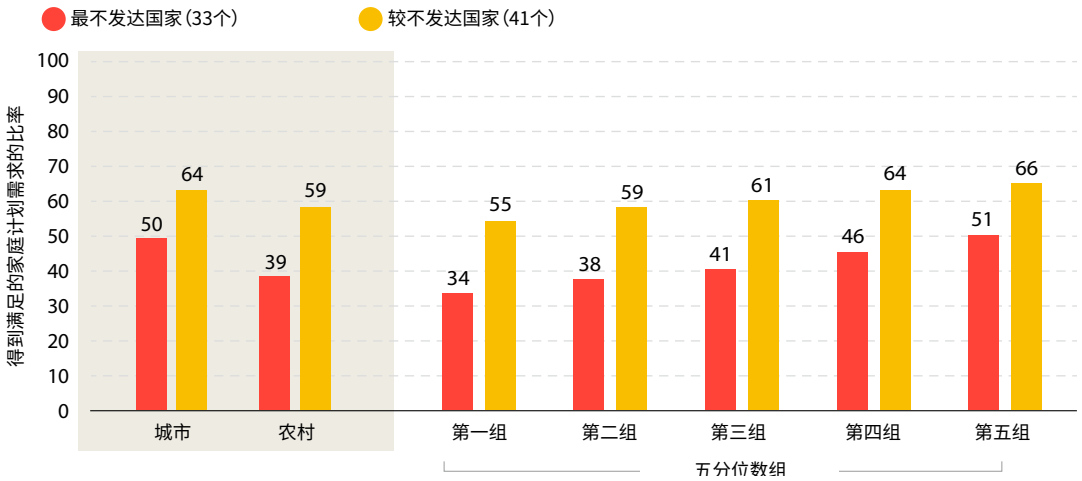


图 4.2

接受过 4 次或 4 次以上产前检查妇女的比率（按发展水平和财富五分位数分类统计，有数据可查的最近年份）

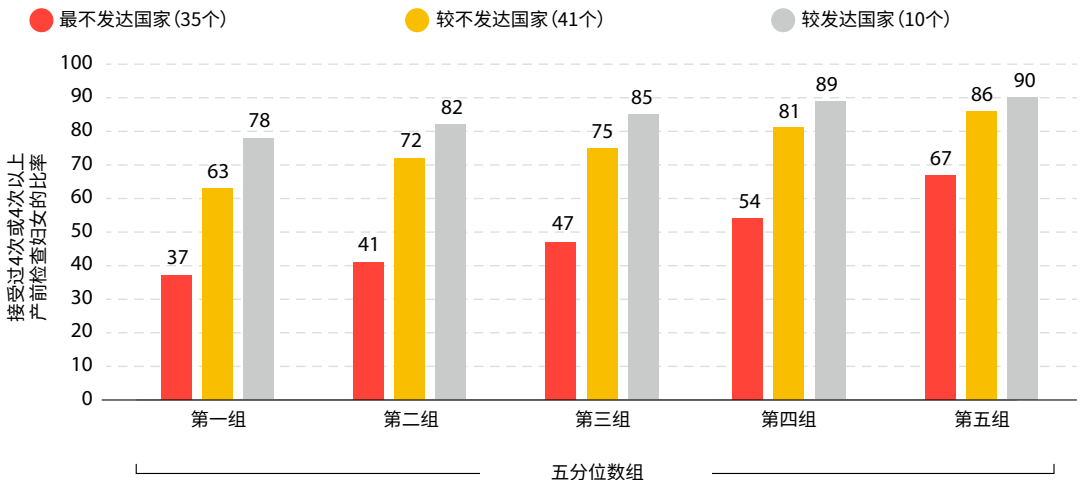
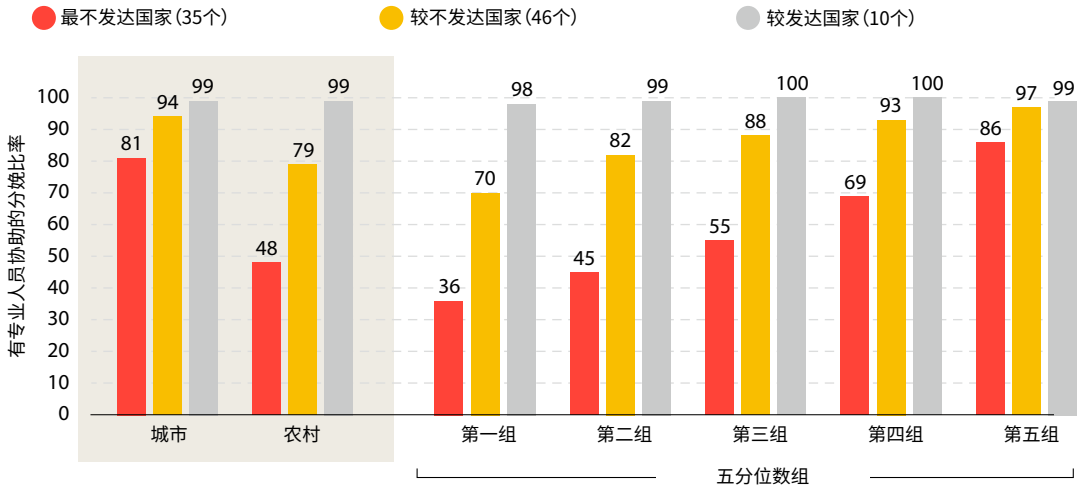


图 4.3

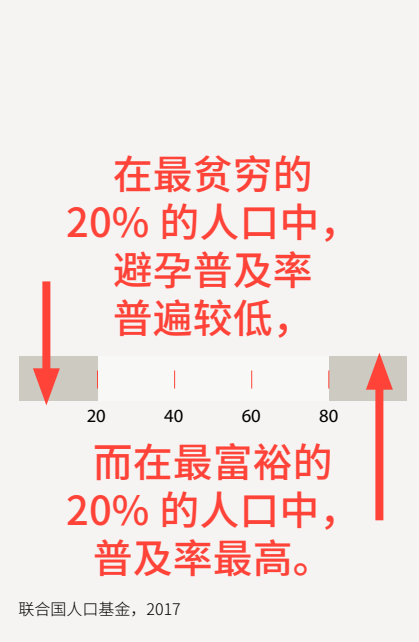
有专业人员协助的分娩比率（按发展水平、居住地点和财富五分位数分类统计，有数据可查的最近年份）



并强化她们在经济阶梯底层的地位。现有指标显示，财富五分位数代表的各个群体之间在许多性与生殖健康关键服务方面存在着巨大差距（联合国人口基金，2017）。比如，在大多数发展中国家，通过现代避孕药具得到满足的家庭计划需求的比率、全面产前护理的使用率、分娩时有人协助的可能性在贫困人口中要比在富裕家庭中低很多（见图 4.1、图 4.2 和图 4.3）。

过去 50 年，在将性与生殖健康信息和服务惠及新增人口方面，世界各地都取得了巨大进展。图 4.4 表明，在许多国家，旨在提高服务使用率的努力取得了显著进展，并因此而极大地降低了孕产妇死亡率：在全球层面，孕产妇死亡率降低了几乎 44%，全球所有地区在这方面都取得了进步（Alkema 等，2016）。

但是，在其它许多地方，最贫困人口还没有从这一进步中平等地受益。比如，绝大部分的孕产妇死亡案例都发生在低资源环境中；产前护理、有技能人员接生、产科急救等服务受限的贫困妇女遭遇巨大的健康影响和怀孕相关损伤（如产科瘘管病）的可能性更高。因此，有必要加大力度推广以贫困人口和难以接触到的群体为重点的信息和服务。



这类努力的例子为我们提供了希望。比如，在孟加拉、不丹、柬埔寨和泰国，最贫困的 20% 群体的避孕普及率要高于最富有的 20% 群体。在这些及其它一些国家，旨在使家庭计划服务覆盖最难接触到的群体的协调努力已经使现代避孕药具的使用率几乎达到了 100%，同时还使得富裕和贫困家庭的避孕普及率几乎相当（联合国人口基金，2017）。

创新性服务提供模式在提高最贫困人口的获取服务方面提供了帮助。比如，20 世纪 70 年代启动的社区化配送体系通过训练有素的社区成员，提高了贫困和农村社区的服务获取水平。传统上，这些努力的重点为提高避孕药和安全套之类避孕药具的使用率，但目前，人们已开始将服务组合拓展至紧急避孕药具、分娩工具箱和旨在预防产后出血的米索前列醇的供应方面（Bongaarts 等，2012）。

最近，需求侧融资策略（如奖励券）已作为一种赋予贫困群体以更大决策能力的方法而被人们所采用。在这一模式下，人们可以用奖励券以补贴价格购买特定生育产品。在具备资格的服务场所，奖励券可用于交换特定服务，包括长期家庭计划信息这样的多元化服务、安全分娩和性别暴力康复相关信息和服务等（Bongaarts 等，2012）。作为激励人们作出特定行动和行为（如接受产前健康检查、避免女童辍学、推迟结婚等）以促进关键健康成果取得的一种策略，有条件现金转移也已付诸实施（Bongaarts 等，2012）。

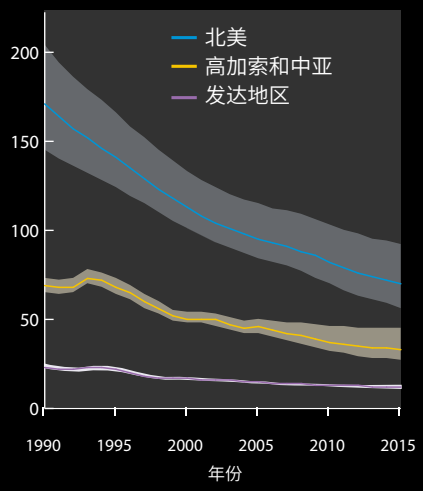
服务设施、提供人员和物资的不足

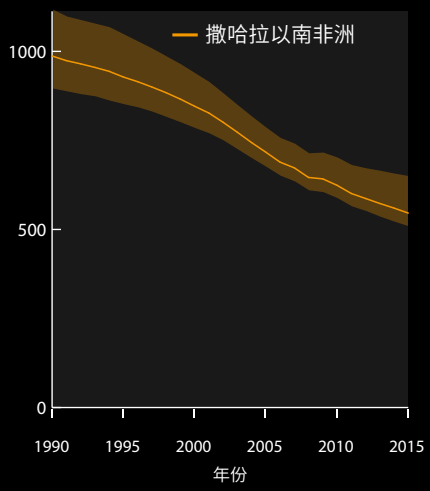
寻求性与生殖健康信息和服务的女性可能会发现，自己所在的社区竟然没有服务提供人员。

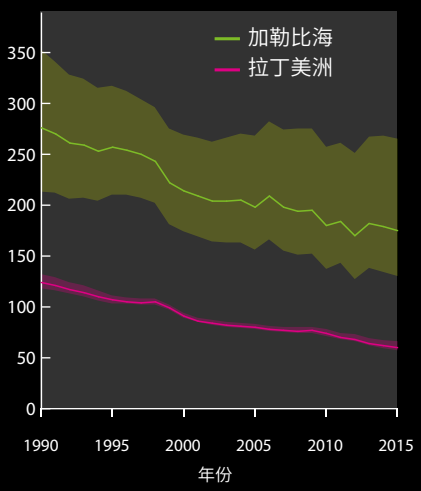
图 4.4

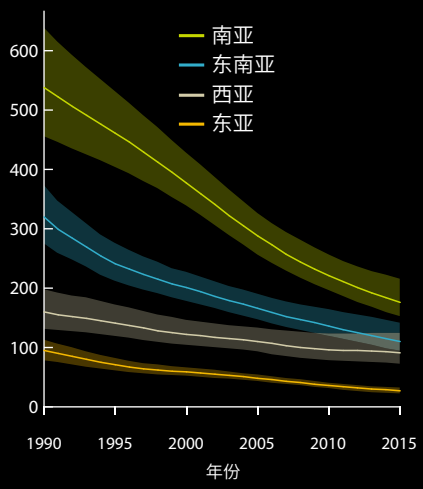
全球和地区孕产妇死亡率估值（1990-2015）

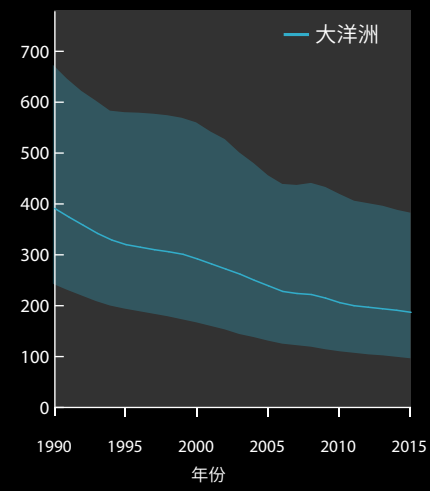
每 10 万活产婴儿中的孕产妇死亡人数。阴影区域是 80% 的不确定区间。背景中的阴影区域是可比较的。

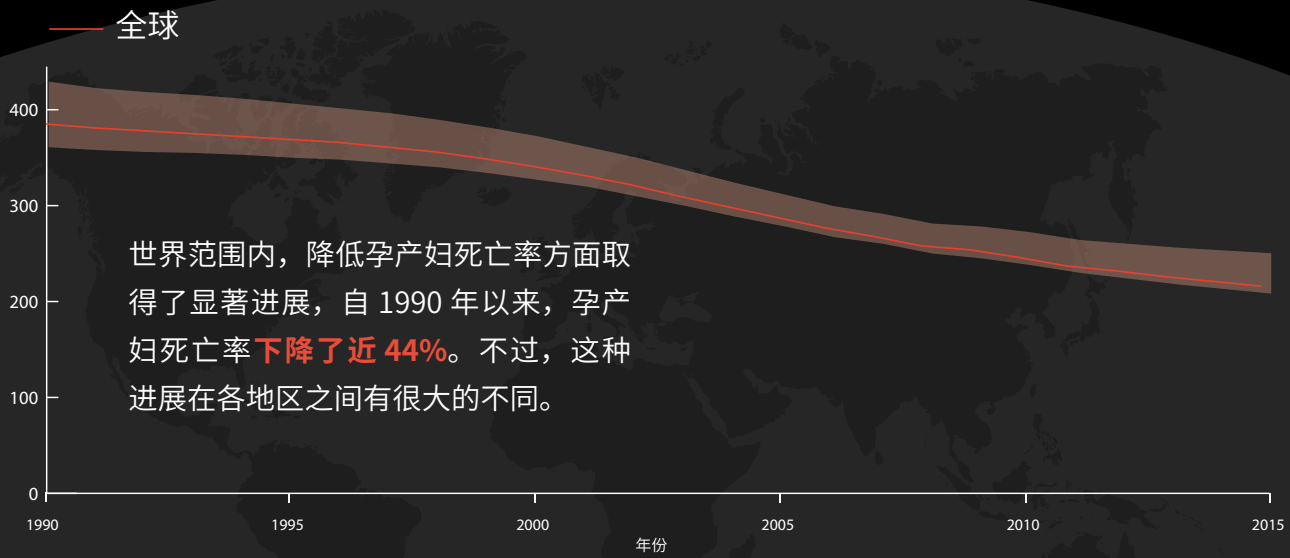












世界范围内，降低孕产妇死亡率方面取得了显著进展，自 1990 年以来，孕产妇死亡率**下降了近 44%**。不过，这种进展在各地区之间有很大的不同。

来源： Alkema 等，2016

质量的重要性

质量是服务使用的一个关键维度。朱迪斯·布鲁斯（Judith Bruce）在确立优质护理服务框架方面开展的创新性工作提出了从家庭计划服务对象角度应予注意的 6 个要素：方法的选择；给服务对象提供的信息；技术能力；人际关系；随访和延续机制；适当的服务组合（Bruce，1990）。

由于认识到太多女性没有从改善生殖健康的行动中受益这一事实，2017 年，国际机构和 9 个国家发起了一个旨在改善孕产妇、新生儿和儿童优质护理服务的网络，即“优质护理服务网络”。这个网络的成员形成了一项共同愿景，即每一孕妇和新生儿在孕产妇怀孕期、生产期和产后均应享受高质量的护理服务。这一愿景是以质量、公平和尊严这些核心价值观为依据的（世界卫生组织，2018）。

在性与生殖健康的所有维度中，质量这一要素都得到了被称为“AAAQ（供应、获取、认可和质量）”的广义医疗保健框架的支持。这个框架是联合国经济、社会及文化权利委员会作为医疗保健权利的重要组成部分提出来的（联合国经济、社会及文化权利委员会，2000）。

1992 年，国际计划生育联合会为家庭计划用户提出了一份“权利法案”，列述了寻求家庭计划服务的个人在接受高质量护理服务时有权提出的要求。这些权利包括知情权、服务使用权和选择权，以及安全、隐私、保密、尊严维护、服务连续性和意见表达等方面的权利。

尽管护理质量相关责任原则上是在家庭计划项目不同部分之间分摊的，但对权利保障负有最大责任的，是与用户直接接触的人，即服务提供者。因此，护理质量策略还必须承认，服务提供者本身也有其自己的需求，应该期望能够获取培训、物资、指导、支持、尊重、鼓励、反馈和自我表现等方面的支持（Huezo 和 Diaz，1993）。

患者权利与服务提供者需求之间的关系对于任何旨在消除护理质量障碍的努力都是至关重要的。有希望的干预措施包括那些旨在通过人际交流培训机构等方式改善患者与服务提供者互动的措施。在没有大量人员、设备或物资投入的情况下，护理质量这些维度方面的改善是可能实现的（RamaRao 和 Mohanam，2003）。

太少、太晚，还是太多、太快

护理质量的局限性可能会对孕产妇健康产生重大影响。尽管越来越多的妇女开始在医疗机构而不是家里生产，但人员、培训、基础设施和产品的缺失可能导致护理质量的不足，即所谓的服务“太少、太晚（TLTL）”。这一现象的反面也是一大挑战：在一些地区，孕妇生产设施使用的迅速增加是伴随着广泛存在的过度医疗现象出现的，这导致了剖腹产的过度或不必要使用，或在不安全、低质量条件下的使用，从而对母婴造成了损害。这一被称为“太多、太快（TMTS）”的服务现象可能会产生抵消孕产妇和产期健康收益的后果。对于“太少、太晚”和“太多、太快”这两种现象而言，加强服务提供者在有尊重意识的服务和遵循最佳实践方面的培训可能有助于强化孕产妇和产期健康成果、避免伤害并降低医护成本和不公平性（Miller 等，2016）。

即便有财力支付前往临近社区诊所的交通费用，到达临近社区诊所后，她们可能还会发现，那里并没有自己需要的相应设备或物资。或者说，那里可能根本就没有或没有足够的健康服务提供人员为当天到场的所有人提供服务。即便有足够的服务提供人员，他们可能并没有接受过培训，因而无法提供相应信息或服务，或无法采取让患者感觉安全和受尊重的措施。

研究成果、坊间信息和公民社会的报告长期证实，当前服务存在各种缺陷。比如，对 10 个非洲国家健康设施开展的一项近期调查发现，这些国家在关键物资和服务——包括家庭计划指南、家庭计划工作人员培训、血压测量设备、复方口服避孕药、注射针剂口服避孕药和男性安全套的供应方面总体准备程度并不高（Ali 等，2018）。

旨在以更加系统的方式对这种总体准备程度进行量化和监测的努力目前仍在进行当中。与其它组织一道，世界卫生组织正就各种生殖健康干预措施的良好实践标准定期发布指导说明。

2017 年对 24 个国家进行的评估表明，就某些避孕方法而言，家庭计划服务机构在约四分之三的时间内无法做到充分供应。在提供 3 种或 3 种以上避孕方法的初级设施中，平均 78% 的设施在

© B. Sokol/Panos Pictures

© UNFPA/M. Bradley

评估日能够保证充分供应；在提供 5 种或 5 种以上避孕方法的中级和高级设施（地区及以上医院）中，79% 的设施在评估日能够保证充分供应（FP2020，2018）。但是，这些平均数掩盖了国家内部和国家之间存在的巨大差异。

“生殖健康商品保障”是通过确保所有人在需要时都能够使用承担得起且高质量的产品包括自己选择的避孕方法的方式实现的。为实现这一目标，与比尔及梅琳达·盖茨基金会和英国国际发展部进行的一项合作目前正加速生殖健康商品面向各国的供应，以避免出现断供现象（联合国人口基金，2018）。

在许多地方，接受过培训的服务提供人员的数量完全不足以确保性与生殖健康全部信息和服务的充分使用。全球卫生人力联盟就指出了增加发展中国家卫生工作者特别是技能型助产士数量的必要性（Campbell 等，2013）。就所有类型的卫生工作者而言，世界各国在本十年初期就存在约 720 万人的缺口。

对能够提供重要性与生殖健康服务的专业人员的需求尤其迫切。对 73 个中低收入国家进行的一项近期分析发现，尽管全球 92% 的孕产妇和新生儿死亡及死胎案例都发生在这些国家，但它们的医疗、助产和护理人员仅占全球总数的 42%（联合国人口基金，2014）。

对为实现生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康关键干预措施的全面覆盖而需要的人员估算费用表明，这方面的大规模增资将是必要的。比如，为达到能够满足生殖、孕产妇和新生儿健康领域尚未满足的全球需求的水平，避孕药具分发相关人员费用估计还要增加 37%，而孕产妇和新生儿健康相关人员费用还需要在当前水平的基础上增加约 20%（古特马赫研究所，2017）。

这些全球平均数掩盖了巨大的地区差异。比如，在最不发达国家，旨在应对未满足的避孕需求的人员开支就需要增加 96%，而旨在实现孕产妇和新生儿服务全覆盖的人员开支则需要增加 84%。这类投资的回报将是巨大的：估算表明，如果人员、设备和系统得到充分维持，孕产妇死亡率和诉诸于人工流产的决定将减少多达四分之三（古特马赫研究所，2017）。

就家庭计划而言，服务提供人员在提供充分服务方面的准备情况一直都为人们所看重。不充分的咨询，即未解决适当获取相关问题的咨询、未就禁忌、副作用和适当随访（包括避孕方法转

换）提出建议的咨询、未就使用背景相关问题（包括配偶的顾虑）提供帮助的咨询等，都可能成为避孕方法使用、采纳和延用的障碍。

家庭计划需求未得到满足原因方面的研究结论表明，为女性提供一系列方法、信息和咨询、以帮助他们选择并有效运用某一适当方法对于克服避孕药具的使用障碍至关重要。就不使用避孕药具的情形而言，人们报告的最普遍原因包括性生活不活跃、担心副作用或健康风险等（Sedgh 和 Hussain，2014）。

避孕中止往往是未满足需求原因中没有得到充分认识的一个方面。近期对 32 个国家进行的一项分析表明，平均而言，超过五分之一的短期避孕方法（安全套和避孕药）在 12 个月内被中止了，尽管使用者仍然希望防止怀孕（FP2020, 2018）。就长效方法而言，一年内中止率较低。其中，宫内节育器为 12%，而植入剂为 8%。

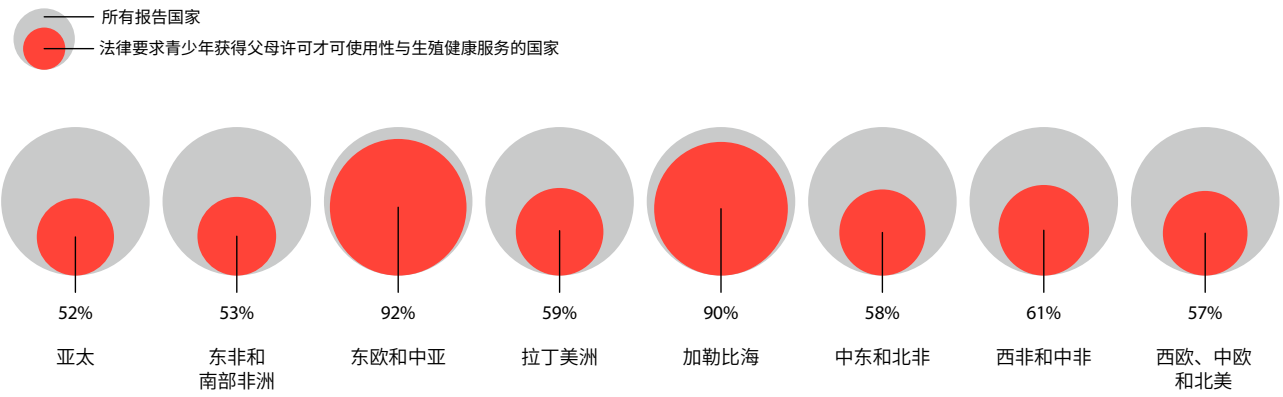
法律障碍

即便在服务提供人员受过良好训练且服务设施设备精良和药品供应充足的地方，人们仍可能面临旨在限制其获取信息和服务的法律障碍。在一些地方，法律要求妇女或青少年有第三方授权才可使用卫生服务。在其它一些地方，将同性关系、性工作和毒品使用入罪的法律可能会迫使人们隐藏起来，从而使他们无法寻求或接受他们需要的信息和服务。

尽管意在保护未成年人，但医疗服务法定同意年龄相关法律可能会遏止青少年使用性与生殖健康相关基本服务。这对青春期女孩尤其有害，因为她们承担着意外怀孕产生、过大的社会和生理后果。

图 4.6　阻碍青少年使用服务的情形

2018 年在使用性与生殖健康服务方面有法定年龄相关法律的国家



*来源：*联合国艾滋病规划署，2018

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

2017 年，在向联合国艾滋病规划署报告艾滋病毒 / 艾滋病数据的 108 个国家中，有 68 个表示，在他们国家，18 岁以下的未成年人需要有父母同意才可使用性与生殖健康服务（图 4.5；联合国艾滋病规划署，2018）。在某些环境下，医护服务提供人员必须依法报告低于法定年龄的青少年的性活动或青少年的其它非法活动（Delany-Moretlwe 等，2015）。

禁止同性成人双方合意的性交的法律可能会干扰旨在提供服务以预防或治疗性传播感染包括艾滋病毒的努力。截至 2017 年，在向联合国艾滋病规划署报告数据的国家中，40 多个国家表示他们国家有特别将同性性交入罪的法律。在这些国家中，2 个对同性性交适用死刑，其他则对其适用终身监禁（联合国艾滋病规划署，2018）。因此，许多人害怕寻求关键服务，如艾滋病毒检测服务。

人工流产相关法律则构成一个连续体，从完全禁止到不设任何限制，不一而足。截至 2017 年 42% 的育龄妇女生活在 125 个严格限制安全人工流产的国家中。在全球实施的所有人工流产手术中，仅 55% 为采用建议方法并由接受过培训的服务人员实施的安全手术（Singh 等，2018）。

证据表明，人工流产频率并不因法律限制而受显著影响：法律限制最严国家的人工流产率与法律限制最为宽松国家的人工流产率基本相当。但是，法律环境越严苛，不安全人工流产比率就越高——在限制最为宽松的国家，这一比率不到 1%，而在限制最为严格的国家，这一比率高达 31%（Singh 等，2018）。

在除东亚之外的所有发展中地区，每年估计有 690 万妇女不得不因人工流产相关并发症而接受治疗。实际上，需要人工流产后护理但无法享受这类服务的人更多（Singh 等，2018）。

规范、态度和实践

在全球社会中，人们的期望要求性活动和生育仅发生在具备某些特征的群体当中。这些由异性恋、已婚、一夫一妻、身体健全、不太年轻也不太年老的个体组成。在许多地方，生育行为不仅要符合个体利益，还要符合家族和社区的普遍规范。

这种期望可能源于长期存在的态度和习俗，也可能源于普遍存在的宗教信仰。如果一个人的性与生殖活动没有满足这些期望，那么，他 / 她使用信息和服务满足自身需求的难度可能要比常人更大。

青少年面临的挑战更为特殊。尽管广泛证据表明，许多未婚青少年在性方面也很活跃（Starrs 等，2018），但社会规范可能会排斥或甚至禁止青少年参加性与生殖

梅吉 • 威拉瓦亚（Mechai Viravaidya）

梅吉•威拉瓦亚在泰国掀起了一场彻底的革命，一场由人人都应知道如何规划其家庭并保护其健康这一信念推动的革命。

作为一位传播学大师，梅吉自20世纪60年代起就开始在学校、加油站、办公室和村庄通过养猪比赛、女士拜访和佛教仪式等方式向人们传播使用安全套的讯息。这些都是旨在使避孕成为日常生活可接受的、不令人难堪的一面的努力的一部分。

“说出‘安全套’这个词。准备好安全套。不要忌讳谈论安全套，” 梅吉说，“实际上，我们灌输的东西是……你选择要几个孩子的权利。”

尽管安全套为宣传教育提供了一个能感知且经常不乏幽默感的切入点，但梅吉的目标一直都是使各种避孕药具像“村子里的蔬菜”那样唾手可得。在几十年的时间内，泰国已经在这些目标的实现方面取得了长足进展，而普通泰国家庭的生育规模也从7人猛降到了1.6人。

20世纪90年代初，当艾滋病毒流行率预计要陡增时，梅吉就说服政府将艾滋病预防预算增加了50倍，并从所有公职部门、商业部门和社区招募工作人员公开宣讲艾滋病预防和安全套的使用。之后，泰国估计成功避免了300万例的艾滋病毒感染，而梅吉则成了“安全套之王”。今天，“梅吉”这个名字已经成了安全套的替代语。

目前，梅吉仍然领导着泰国最大的非政府组织——人口和社区发展协会。自1973年起，这个协会就一直在倡导农村发展和卫生，其活动包括梅吉巴塔纳学校的开办。这类学校奉行公正和公平原则，致力于将高质量教育——包括全面性教育——拓展至本来被边缘化的社区。性别平等是学校课程不可分割的组成部分。

“说出‘安全套’这个词。准备好安全套。不要忌讳谈论安全套。”

“女性在发展过程中非常重要，” 梅吉说。然后，他作了一个令人印象深刻的、堪称其典型的动作，又补充说：“当你有两只特别好用的臂膀时，为什么只用其中一只呢?”

© Bangkok Post

摩苏米(Lebogang Motsumi)

当摩苏米(Lebogang Motsumi)向其他年轻人讲述艾滋病毒和艾滋病时,她实际上是在言传身教。在讲述自己故事的过程中,她希望能够激励其他年轻女性和女孩子留在学校、保持健康并作出积极选择。

“早上好!我名叫Lebogang Brenda Motsumi 别名非洲女王!我不是艾滋病毒,我只是跟艾滋病毒在一起。我不是病毒,病毒在我身体里面生活而已。艾滋病毒决定不了我,我才是决定艾滋病毒的人”——这是她在Facebook上发布的一个典型而大胆的帖子。

自从得知自己艾滋病毒检测呈阳性以来,摩苏米已经历了10年之久。被男朋友感染时,她才17岁。她男朋友当时是一名家喻户晓的歌星,但后来去世了。在后一个伴侣坚持要求她去检测之前,摩苏米从未去检测过。得知自己呈阳性几天后,她曾试图自杀。一个月以后,她发现自己怀孕了。然后,为了保护孩子,她开始吃药。

© OneTwo Photography

与此同时,她开始了一段了不起的旅程:在社交媒体上,她开始作为励志演说家和艾滋病毒活动家、导师向年轻人言传身教。“感染艾滋病毒的经历帮助我找到了人生意义。我认识到,我可以把自己的困境变成讯息传递给别人,可以用我的痛苦去给别人以力量。”

非洲联盟尊称她为青年英雄。现在,她已经是非洲联盟和联合国人口基金青年顾问委员会的成员。此外,她还作为Zazi——一项旨在鼓励南非妇女和女童“认识自身力量”的运动的代言人致力于把人们团结起来。

“我们会找到艾滋病毒的解药的” 摩苏米宣称,“在努力寻找解药的过程中,艾滋病毒感染者的教育和赋权则是我们自己的解药,同时也是艾滋病毒检测呈阴性的人的预防方法”。

> “艾滋病毒决定不了我,我才是决定艾滋病毒的人。”

健康或性生活方面的讨论。除法律障碍外，青少年在使用性与生殖健康服务方面面临的挑战可能还以其它形式存在，如学校性教育不足、服务提供人员在年龄或婚姻背景下对干预措施适当性的态度和看法等。

少数族裔、土著人士、性工作者、残疾人士、最贫困妇女和女童及女同、男同、双性恋、变性人和双性人群体（LGGIT）还面临着边缘化和污名化问题，这可能会导致他们在享受性与生殖健康服务和实现权利和选择时面临重大障碍。比如，身有残疾的女孩子和年轻妇女就经常被剥夺性与生殖健康相关决策的权利，从而增加了他们面临性暴力、非意愿妊娠和性传播感染的风险。她们可能会被视为不需要性与生殖健康及权利方面的信息，因此对这些东西知之甚少，并最终导致进一步限制其选择和加剧其边缘化的结果。比如，在埃塞俄比亚的一项研究中，仅有 35% 的年轻残疾人在首次性活动中使用了避孕药具，而 63% 的年轻残疾人曾发生过非意愿妊娠（联合国人口基金，2018a）。

污名化可能会妨碍人们寻求其需要且有权享有的服务。比如，未婚女性在寻求性与生殖健康服务特别是避孕和安全人工流产之类服务时可能会犹豫不决。由于污名化，现代家庭计划服务需求未得到满足的情况在单身性活跃女性中比在已婚女性中要严重得多（Singh 等，2018）。

污名不仅会影响需要信息和服务者的选择和决定，而且会影响服务提供者的行为。比如，在人工流产广泛合法的地方，对这一手术持续存在的污名化现象

年轻残疾人的服务使用状况

女性赋能国际（Women Enabled International）为政府、服务机构及其它利益相关方满足年轻残疾人的性与生殖健康需求制定了一份准则。这份准则包括旨在确保服务供应、使用、认可和质量的行动，以及旨在防范或应对性别暴力影响的服务：

- 为医护服务提供者的随访、药物或治疗副作用的管理确立残疾敏感型规程和准则，并确立必要情况下接受进一步协助的转诊准则。
- 为存在不同类型残疾的年轻人定制适合不同年龄且满足不同类型性与生殖健康及避孕服务需求的可查阅信息资料，并考虑为低收入年轻残疾人购买这类服务提供补贴。
- 就性、避孕药具的使用和服务供应为年轻残疾人的护理人和家庭成员提供意识提升活动和宣传教育资料。
- 确保年轻残疾人能够获得避孕信息、商品和服务。成年和未成年男子也应接收相关信息，以帮助其了解年轻女性和青春期女孩使用避孕药具的权利。

性与生殖健康及全民卫生保健的到来

数十年来，性与生殖健康特别是家庭计划问题在聚焦于初级卫生保健的全球舞台上基本上都被边缘化了。

比如，1978 年，各国政府代表在哈萨克斯坦召开了国际初级卫生保健会议。这次会议通过的《阿拉木图宣言》将初级卫生保健确立为全球实现全民健康的关键。但是，一些政府表示，该宣言规定的目标过于宽泛，因而是无法实现的。

一年后，在卫生和政策专家们举行的一次集会上，人们就聚焦于简单但高效的初级卫生保健干预措施，以拯救发展中国家生命的必要性达成了共识。这些被称为 GOBI（其中，G 表示儿童成长的监测、O 表示口服补液、B 表示母乳喂养、I 表示免疫接种）的干预措施仍未将性与生殖健康基本问题列入初级卫生保健的范畴。但是，全球卫生界最终认可了其它重要初级保健干预措施的重要性，并就家庭计划（及女性教育和食物补充）应成为一项优先工作达成了一致。

家庭计划成为全球初级卫生保健工作议程的一部分是千年发展目标的先导。在千年发展目标中，有一项目标就是在 2000-2015 年间将全球孕产妇死亡率降低 75%。2005 年，在千年发展目标实施 5 年后，联合国将全民享有生殖健康这一具体目标加入了千年发展目标的指标中。

健康相关指标分散在 8 项千年发展目标中的 4 项下。但是，从 2015 年开始，随着新的 2030 年可持续发展议程及其 17 项可持续发展目标的出现，所有健康相关指标，包括性与生殖健康相关指标，都被归到一项目标下。将所有健康相关指标放到一个地方强化了从避孕到怀孕、生产、婴儿期、产后护理、童年期的性与生殖健康护理再到水和卫生关键因素等不断推进的观念。

在第 3 项目标，即“到 2030 年确保所有年龄的人们过上健康生活并倡导全民福祉”下，指标 3.7 致力于实现性与生殖健康护理和服务，包括家庭计划、信息和教育等服务的全民覆盖，同时还致力于将生殖健康纳入国家战略和规划。

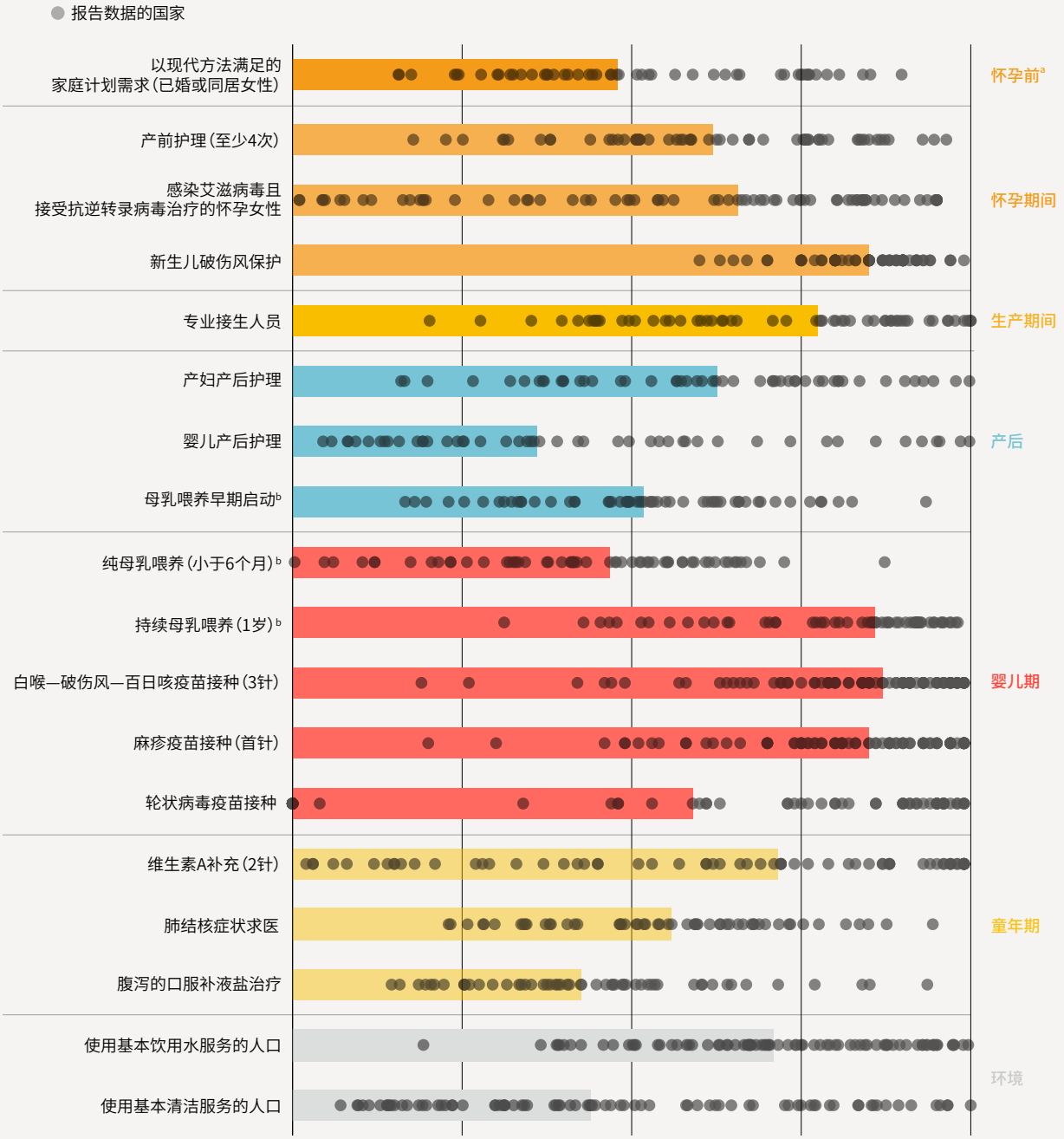
图 4.6 显示的是护理不断推进过程中各项健康干预措施在世界上最贫困但需求最大国家的覆盖情况。该图揭示了某些性与生殖健康领域进展不平衡的现状。就覆盖率而言——尽管其目前仍处于次优水平，分娩和计划免疫服务的覆盖率是最高的（联合国儿童基金会和世界卫生组织，2017）。在怀孕前、新近生产后及未来怀孕最佳决策时间中仍存在服务不足的问题。

2018 年 10 月，在《阿拉木图宣言》发表 40 年后，参加最新全球初级卫生保健会议的代表们最终认可了性与生殖健康在初级卫生保健中的中心地位。这次会议的宣言明确表示，初级卫生保健“将提供全面的服务和护理，包括但不限于……旨在推动、维护和改善孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康、心理健康、性与生殖健康的服务”。

可持续发展目标的全民健康覆盖指标将家庭计划与产前和分娩服务及宫颈癌筛查一起作为核心指标对待。近年来，性与生殖健康在全球卫生政策制定中一直都作为指标之一被纳入。

图 4.6　覆盖上的主要不足

护理不断推进过程中各项干预的全国覆盖率中位数，数据从 2012 年开始统计，来自于“倒计时到 2030”倡议，跟踪了 81 个国家的进展。这 81 个国家的五岁以下儿童死亡人数占到全球总数的逾 90%、孕产妇死亡人数占全球总数的逾 95%。



a. 指避孕和规划，包括首次怀孕之前和怀孕之间的间隔及是否怀孕的决策时间。

b. 婴儿和幼童喂养指标替代了没有量度指标可用的项目覆盖率。

注：仅包括与倒计时国家相关的干预措施。倒计时项目追踪的疟疾相关指标没有显示。

来源： 免疫接种率——世界卫生组织和联合国儿童基金会；使用基本饮用水服务的人口和使用基本清洁服务的人口——世界卫生组织和联合国儿童基金会供水和清洁联合监测项目；感染艾滋病毒且接受抗逆转录病毒治疗的怀孕女性——联合国儿童基金会全球数据库，2017 年 7 月，以联合国艾滋病规划署 2017 年估计为依据；其它所有指标——联合国儿童基金会全球数据库，2017 年 7 月，以人口和卫生调查、多指标类集调查及其它国别调查为依据。

© UNFPA

可能会影响服务提供者就人工流产提供咨询或手术服务的意愿。最近的一项研究发现，在东南亚和撒哈拉以南非洲地区的大多数国家，一些服务提供者对人工流产持消极态度，而服务提供者还表示，他们自身也因为提供人工流产服务而面临着家人、社区、同事和政策制定者的污名化（Rehnström Loi 等，2015）。

性教育的不足

个人知识的匮乏可能会成为其获取服务的障碍。对性、人体和发育、权利和性别、亲密关系作用的误解或不甚了解都可能成为人们权利和选择的障碍。

全面性教育是就性的认知、情感、生理和社会方面进行的、基于课程的教学过程。它旨在为儿童和年轻人提供相关知识、技能、态度和价值观，使其能够认识自己的健康、幸福和尊严，发展充满尊重的社会和性关系，思考自己的决定如何影响自己及他人的福祉，并理解和确保其终身权利保护（联合国教科文组织，2018）。

在小学启动全面适龄性教育能够提供众多益处，其中包括帮助孩子识别和报告儿童虐待之类的不当行为，并支持其形成关于自身身体和人际关系的健康态度。

此外，全面性教育也应惠及那些未被学校录取的人。

相关证据表明，性教育并不会加速性活动，而只会对安全性行为产生积极影响并推迟首次性行为。联合国教科文组织对全面性教育技术指南开发活动进行的一项综述性研究发现，基于课程的性教育规划有助于推迟首次性交的时间，降低性交频率、减少性伴侣数量和高风险行为，增加安全套及其它避孕药具的使用（联合国教科文组织，2018）。与其它所有课程一样，全面性教育必须根据国家法律和政策实施（联合国人口基金，2016a）。

在一项近期研究覆盖的48个国家中，约80%的国家都制定了旨在支持全面性教育的政策或策略（联合国教科文组织，2015）。

向着人人都能获取的目标前进

确保信息和服务的获取是国际社会的一项工作重点。随着时间的推移，政策制定者、工作人员和活动家们帮助我们回答了“获取什么”、“谁获取”和“获取在实践中到底意味着什么”这些问题。

今天，对于“任何人在任何地方都应可以使用高质量信息和服务，以满足整个生命过程中的全部性与生殖健康需求”这一目标，人们已经形成了共识。尽管这一目标目前显然已经取得了显著进展，但对许多人而言，由于意识缺失、资源匮乏、政治意志不足或深层次的性别不平等等原因，这一目标的全面实现仍然遥不可及。

本章精华

- 为确保人们在生活中的权利和选择，所有人都需要并有资格享有一套全面的性与生殖健康信息和服务。
- 尽管早期项目聚焦于将避孕药具的供应拓展至全球女性，但随着时间的推移，避孕工具的获取这一概念发生了演变。活动家、工作人员和政策制定者们帮助我们回答了“获取什么”、“谁获取”和“获取在实践中到底意味着什么”这些问题。随着对使用障碍理解的加深和新挑战的出现，这些问题的继续提出仍然有其必要性。
- 强化后的使用概念承认个人在利用信息和服务推动自身健康、福祉并实现自身性与生殖权利和选择的能力方面面临的许多挑战。
- 尽管旨在提高服务和信息使用率、以推动性与生殖健康及权利的充分实现的努力已经取得了巨大进展，但这种进展仍不平衡，不平等现象仍然存在。性与生殖健康领域的不平等深受收入不平等、卫生体系的质量和覆盖范围、法律和政策、社会和文化规范及人们接受性教育的情况等因素的影响。

© Abbas/Magnum Photos for MFA Italy

其它所有障碍的深层次障碍

20世纪60年代，性革命在富裕国家如火如荼地进行。在很大程度上，这场革命是由安全、可靠避孕方法的出现推动的。与此同时，发展中国家经历了急剧的社会和经济变革，从根本上改变了社会。

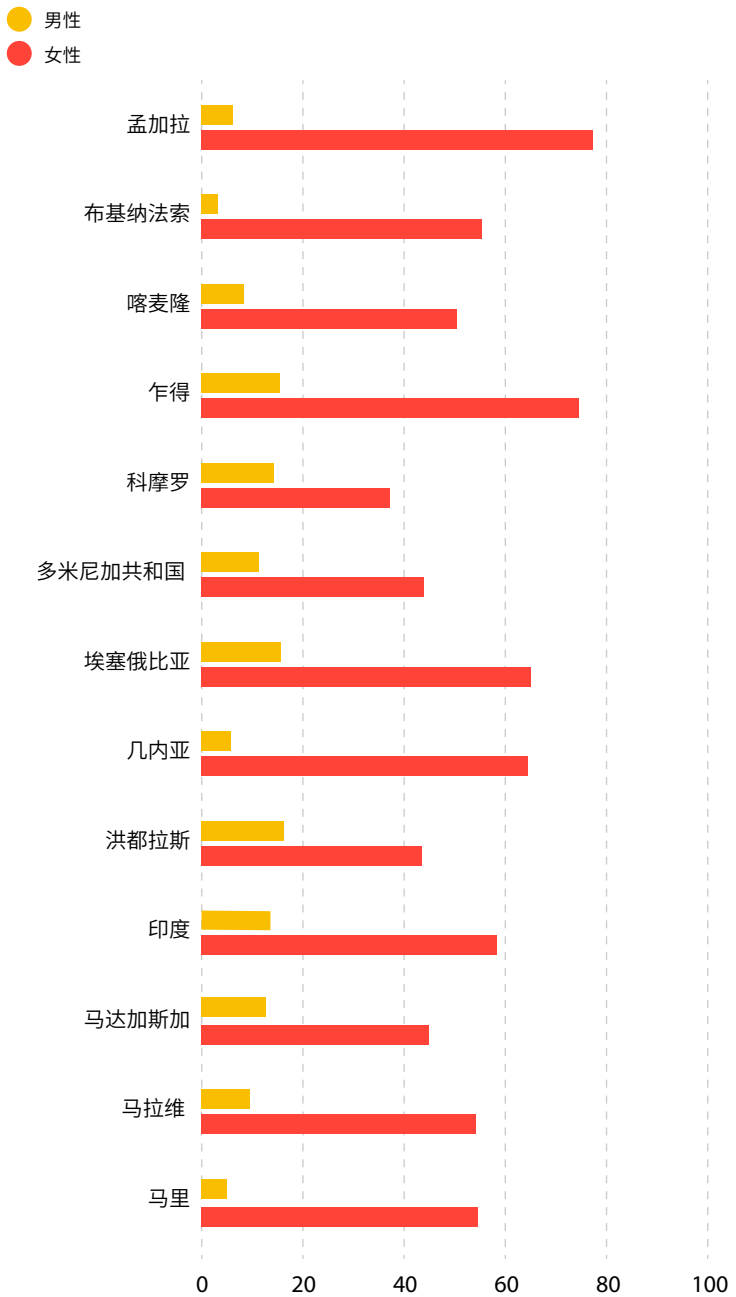
这些变革包括人们对男性和女性在生活中能够且应该做些什么这一问题的态度转变。

那时，埃拉·巴哈特（Ela Bhatt）、索尼娅·蒙塔尼奥（Sonia Montaño）、葛罗莉亚·斯坦能（Gloria Steinem）及世界各地的其他女权主义者正大力推动人们对性别不平等及其与性、家庭内不平等、生殖权利和性暴力等问题之间的联系的认识。这种更广泛地来看待性别不平等现象的视角在今天的生殖权利讨论中仍在继续扮演着重要角色。

在实现和行使人权，包括生殖权利面临的所有障碍中，没有几项障碍被证明像性别障碍那样难以克服。性别——由一个社会所规定的何为男性和女性的恰当行为、角色和特征的期待和规范共同交织而成——是通过与他/她人之间的社会互动而习得、内化并强化的，因而对所有生活领域都具有深刻影响。

尽管性别表达因环境而异，但在几乎所有社会中，性别的定义都将女性（及不合性别规范者）

图 5.1　童婚对女童的过大危害



来源： MacQuarrie 和 Edmeades, 2015

置于男性的从属地位之下，并赋予男子气概和女性气质以不同级别的权力和社会权威。在大多数社会中，这些差异的产出都是对女性和不合性别规范群体权利的系统剥夺。这些群体会发现，他 / 她们的自主决策权力和自主决策能力几乎在生活的所有方面都受到了限制。特别是在生育问题上，性别规范发挥着特别巨大的影响。

性别影响生殖权利并被生殖权利所影响

性别不平等限制了女性在很多问题上自主地作出重大决策的能力，包括何时及与谁发生性关系、是否使用避孕药具或保健服务、是否及何时就业，以及是否接受高等教育等。性别不平等规范和预期放大了其它权利和选择障碍的负面影响。童婚就是这方面的一个例子。与男孩子相比，女孩子当中的童婚现象呈压倒性多数（见图 5.1）。一个女孩子结婚后，她去上学或完成学业或自由离家出行的可能性将降低，受性别暴力危害的可能性将提高，而了解自己身体和权利的可能性也将变小。更糟糕的是，她在流动性、教育和知识方面的受限又进一步强化和维持了性别不平等。

选择权的获得

总体而言，今天的女性比人类历史上任何时候都享有更大的生育活动自主权——这对个人和社会都产生了深刻影响。特别是对女性而言，能够选择生几个及何时生孩子开启了一个不受生儿育女问题支配的新时代，并缩小了性别不平等。

随着生育选择自由度在世界各地的增加，全球大多数地方的女性都开始减少生育。少生孩子这一趋势给女性带来了众多益处，其中包括她们自身及子女健康状况的改善、受教育水平的提高、参与有偿就业的增加、，及妇女和女童在社会和家庭中评价和地位的改善等（Stoebenau 等，2013）。在许多情境下，这一趋势形成了一个对女性赋权的良性循环，即可靠生育控制方法的可及性推动了其它领域权利的拓展，而其它领域的权利拓展反过来又促进了女性充分行使生殖权利的能力。

如今，男性和女性自由选择生育数量、时机和间隔的权利几乎得到了普遍认可。最终，全球 43 亿育龄人口在其生命中的某些节点几乎都将不同程度地获取性与生殖健康服务（Starrs 等，2018）。这些服务的可及性在很大程度上取决于主导性的性别规范。

权力、声音和选择

在所有社会中，生育都被赋予了深刻的社会意义和文化含义，在标记不同生命阶段的转变、社会地位和身份的构建中扮演着关键角色。因此，生育相关行为——包括家庭构建的方式和性行为——都是通过规范特别是性别相关规范来进行调节的。这种性别规范塑造并强化了社会、法律和经济制度。

父系社会通常以强大而普遍的性双重标准为特征（Heise 等，即将发表）。在父系社会，男性以性能力为荣，而女性则以纯洁和贞洁为贵。这些性别不平等规范和态度通常被用来解释对女性的性和生育行为控制的合理性。

一位联合国电影制片人、编辑和准妈妈在联合国总部检查她的电影胶片。国际妇女年的象征可以在背景中看到，也可以在右边的扬声器上看到。纽约，1974 年。©UN Photo / M.Faust

对维护女性贞洁的关注导致了一系列有害习俗，如童婚和切割女性生殖器等，这种关注也通常被男性用作实施性别暴力的理由。

这些因不平等性别规范导致的有害习俗可能会进一步妨碍女性享有性与生殖健康服务，并对女性在所有生活领域的权利和选择构成限制。

*性别暴力：*针对妇女和女童的暴力是所有国家都存在的对人权的严重侵犯和公共卫生问题。在全球范围内，多达三分之一的女性都会在其生命历程中的某个节点遭遇身体或性暴力（García-Moreno 等，2013）。暴力的存在甚至仅仅是威胁都会导致女性在性与生殖健康等问题上受男性摆布，从而导致性传播疾病和意外怀孕风险的增加。

*童婚：*据估计，8 亿目前仍活着的女性曾经在孩童时就成婚。童婚剥夺了女孩子在家庭和性与生育相关决定中的能动性和自主性，降低了她们接受教育的可能性，破坏了她们的未来并妨碍了她们充分实现其人生潜能。与成年妇女相比，已婚女童在怀孕期间接受充分医疗保健的可能性更低。这种保健服务的缺失，加上许多已婚女童生理上尚未成熟的事实，都给作为母亲的女童及其孩子带来了风险。未成年新娘在生育决策方面自主性的缺失，再加上她们在流动性方面受到的限制，限制了她们自由作出生育选择的能力，以及她们就这些选择进一步寻求医疗服务的能力。

*生育压力和男孩偏好：*由于生育被视为男性和女性理想社会角色的基本组成部分，因此，男性和女性都可能面临在婚姻关系中尽早证明其生育能力的巨大压力。同样的逻辑还存在于男孩偏好问题严重的地方——这一问题本身就是对根深蒂固存在的、认为男性和女性内在价值不同的观点的反映。在这些背景下，女性面临着生儿子的极大压力，甚至可能因生了女儿而不是儿子而遭遇暴力、抛弃或污名化。在这些情况下，女性的权力、声音或选择很少，因此自主性也很弱。

法律和实践中的性别不平等：法律和政策通常会反映社会在性别方面的价值观，并且可能干扰性与生殖健康方面的自主决策。比如，服务提供者可能会被禁止向青春期女孩或未婚妇女发放避孕药具，而同性恋关系的刑事化可能会导致女同、男同、双性恋、跨性别者和双性人群体避免寻求性与生殖健康服务。

本质上相关

性与生育决策和性别在其中扮演的角色本质上是相关的，因为它们都涉及与他人特别是性伴侣或恋人之间的互动，且同时还涉及与家庭成员、社区成员或诊所和医院之类机构之间的互动。这些关系中的个体都有其各自的能动性（图 5.2）。

尤其是，各种关系中取决于性别的三个方面在性与生育决策中非常重要。这三个方面分别为个体的权力、声音（即个人能够就其需求和希望进行表达和倡导的程度）和选择（即个体拥有真正选择的程度）。作为一个整体，权力、声音和选择共同决定了个体在关系中享有的能动性大小——无论是在人际关系中，还是在与机构或社会的关系中。比如，女性在与丈夫的直接关系中可能拥有相当大的能动性，但在与服务提供者或婆婆关系中的能动性就要小得多。

在每一关系内部的不同层次上，能动性也有其不同的决定因素。比如，在个体层面，能动性受性与生殖健康及权利相关知识的影响，因为这种知识能够促使人们更加有效地倡导自身利益并作出知情选择。在另一层面上，

图 5.2

能动性取决于个体与他人、社区和机构之间的关系

来源： Edmeades 等，2018

© Mark Tuschman

© Michele Crowe

能动性取决于伴侣在多大程度上尊重另一方的身体完整性或人们表达避孕观点的自由度这类因素。在与个体更为疏远的关系即与卫生系统之类的机构甚至整个经济体的关系层面上，能动性取决于对个体需求的回应。在所有这些关系中，性别规范都是关键。它们可生成或破坏所有生活领域特别是性与生殖健康决策领域的能动性。

旨在提高性与生殖健康服务可及性并提高个人行使其生殖权利能力的努力，可以从多种做法中受益，包括不仅仅预测女性需要什么、同时还将性与生殖健康决策受性别影响这一事实考虑在内，以及性别在包括与卫生保健系统在内的各种关系中发挥作用的方式纳入考量的作法。对这些变量的深刻认识可以帮助服务提供者更好地应对每一服务对象的需求。

性别在家庭计划中的演变

20 世纪 60 年代末，政策制定者和捐赠者在看待人口增长这一问题时都表现出了一种紧迫感。这种紧迫感意味着，许多早期的家庭计划的方案主要是为了降低生育率，而不是帮助妇女实现其就生育怀孕的时机和间隔进行自主决策的权利。

因此，20 世纪六七十年代的方案大多数以向女性提供避孕药具为重点，而对可能使用这些避孕用具的男性和女性的需求或希望关注不多，或者说，对生育决策作出的社会和性别背景关注不多。

在这些早期方案中，一些方案在最好的情况下可以说是对性别的无视，而在最糟糕的情况下可以说对性别不平等现象的强化承担部分责任，因为这些方案在增加避孕药具的使用和降低生育率的名义下实际上强化了性别不平等。将女性特别是已婚女性作为家庭计划方案的主要目标实际上强化了认为妻子和母亲是女性首要角色的性别规范。

这些方案反映的通常是它们赖以运作的父权社会，而对生育决策相关性别变量或女性的总体幸福关注甚少。与此同时，除增

变革领军人物

吉塔•森(Gita Sen)

35年来，印度经济学家吉塔•森一直致力于推动女权主义思想在国内外性与生殖健康及权利承诺中扮演其应有的角色。作为女权主义网络“新时代妇女发展替代选项”——即DAWN的领导者，她与学者和性别平等活动家们携手，共同开发旨在推动性别公正的研究和活动工具。

“我们必须使发展为妇女和女童服务，” 吉塔•森说，“同时以所有可行的方式为妇女人权奋斗”。

吉塔•森成功地发动了全球规模的公民社会共同呼吁，并在1994年国际人口与发展大会上，永久改变了人们对人口与发展问题的理解。在那之前，人口会议主要是男性在那里审议人口目标，“性”和“生育”之类的字眼极少在那里听到。但是，在国际人口与发展大会上，他们遭遇了吉塔•森所说的“妇女运动不可抗拒的力量”。由于数千南方和北方国家活动家们的参与，女性性与生殖健康及权利终于成了这次大会当仁不让的议程。

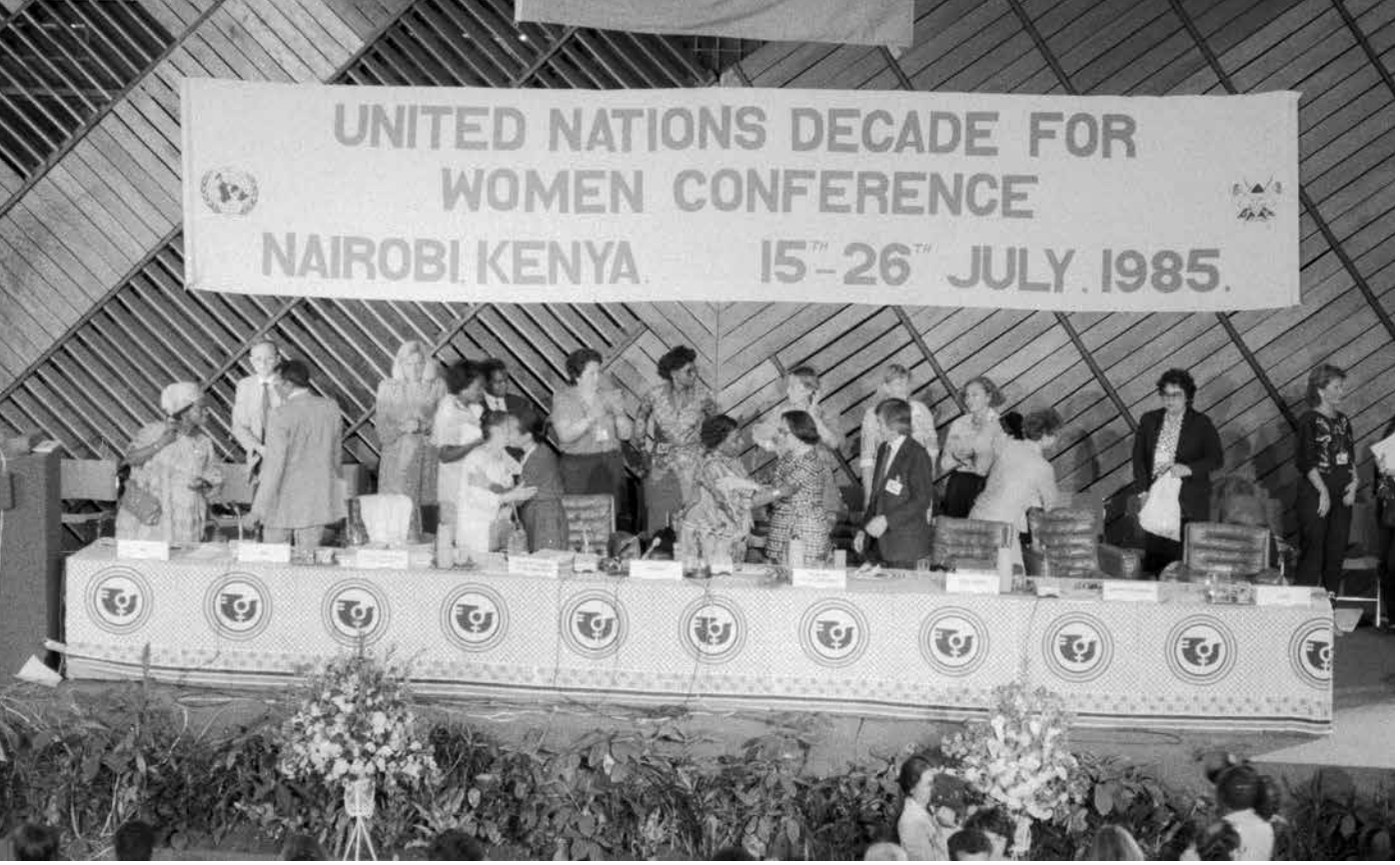
“25年后，在世界上推行人权比那时要困难得多。女性和女权主义领域的倒退非常严重，” 吉塔•森反思道，“但国际人口与发展大会的议程仍在继续这一事实告诉我们，我们的成就有多么伟大。”

长期以来，吉塔•森一直认为，只有当女性群体打破现有权力结构并改变发展模式时，她们的真正变革才会到来。这意味着对经济进行重新定向，使其不再依赖于女性在生儿育女方面的无偿奉献或甘于从事最糟糕的低薪工作。女性的目标应该定得比与男性平等分享一份“有毒”蛋糕高得多。

“我们必须使发展为妇女和女童服务，同时以所有可行的方式为妇女人权奋斗”。

关于自己在性别平等领域的终身努力，吉塔•森沉思了片刻后回应：“我想，是身为女人所经历的生活推动了我。当我还是一个孩子时，我就意识到性别不平等了。那时，到处都是要管住女孩子的言行，而这些对男孩子却不适用。后来，当看到权力和不平等结构在整个社会和经济中的运作方式时，嗯，我就没有退路了。”

© Suzanne Camarata



© UN Photo/Milton Grant

加安全套的使用外，针对男性的方案非常少。

到 1974 年世界人口大会召开时，政府、女权主义者及其他人士都开始表达对到那时为止一直由人口目标主导的大部分国际家庭计划运动的沮丧。生育权和人权方面越来越多的侵权证据、受家庭计划方案影响最为直接群体投入的缺失，及一些家庭计划方案不承认更加广泛的社会经济发展问题的事实都导致发展中国家对国际家庭计划运动真实意图产生了重大怀疑。这种怀疑导致发展中国家一致推动并采取了一种更加全面的发展方式，一种纳入了女性赋权措施、以便使妇女能够就生育数量、时机和间隔进行自我决策的方式。

在接下来的多年里，这一推动逐渐加强。比如，联合国妇女十年（1976-1985）与三届联合国世界妇女大会（1975 年、1980 年和 1985 年）的召开、联合国妇女发展基金的设立和《消除对妇女一切形式歧视公约》的通过大体上是同时发生的。这一过程中形成的网络为一个强大女权主义联盟的形成奠定了基础，并对接下来二十年内家庭计划运动的发展方向产生了影响。

在 1994 年国际人口与发展大会上，生殖权利运动取得了巨大

那些特别重视性与生育行为控制的群体或性与生育行为不符合普遍社会期待的群体对性别规范影响的感受最为直接。性别规范对性与生殖健康及权利的影响可能非常深刻，而其对健康的影响也是真真切切的。

青少年

青春期是性别社会化过程中一个重要人生阶段，在这个阶段，男孩和女孩都会学习如何以可为社会接受的性别化方式行事（John 等，2017）。但是，青春期也是个体在权力、声音和选择方面特别少的一个时期，从而对青少年的服务使用构成了独特挑战（Patton 等，2016）。对女孩子而言，这种情形有过之而无不及。

妇女和残障青年面临多种形式的歧视，包括性别歧视。

青少年有着特殊的性与生殖健康需求。他们可能会缺乏健康相关知识以及如何获取相关医疗保健服务的知识，从而使自己预防怀孕和性传播感染的能力受到限制。社会对青少年性活动的禁止，特别是对未婚青少年性行为的禁止，增加了他们寻求服务的社会成本和污名，加剧了他们对使用服务时被曝光的恐惧感，并对他们自由使用服务的权利施加了法律限制。许多青少年不得不在孩童时代就成婚，严重地侵犯了他们的权利。这些女孩在家庭计划运动中被忽视的程度甚至要高于整个青少年群体——尽管她们的需求很明显并且其与更广泛的运动目标确实相关。

残障人士

残障妇女和年轻人面临着多种形式的歧视，包括性别歧视。按残障、性别和年龄分类统计的数据目前仍然很少，但数据对于残障人士境遇的理解和政策的指导是不可或缺的。世界各地关于残障妇女和年轻人遭受的性暴力和性别暴力及残障妇女和年轻人性与生殖健康及权利的证据表明，这一人群面临着严重风险。18 岁以下的残障年轻人被虐待的风险几乎是非残障同龄人的 4 倍，而智障年轻人——特别是女孩面临的风险最高。残障女孩和年轻女性遭遇暴力的可能性比同龄残障男性和非残障女孩和年轻女性都要大。

性少数群体

性少数（LGBTI）群体在获取性与生殖健康相关信息和服务方面面临着额外障碍。在大多数社会，性规范强调以生育为重点的异性性行为。因此，性少数人群面临着普遍的污名和歧视，经常会发现自己的性行为被入罪，同时面临着严重的性暴力问题（Starrs 等，2018）。因此，性少数群体的成员通常不愿意向医疗服务提供者披露自己的性取向或性活动，从而限制了他们接受反映其需求的高质量服务的能力。这一群体在家庭计划运动中仍然继续被边缘化，这反映的不仅是直接偏见，而且是生育和生育问题与他们无关的普遍看法。

进展。这次大会的议程是由倡导个体选择和在生殖权利行使过程中充分考虑性别因素的人士主导的。

2010 年，联合国促进性别平等和增强妇女权能署（联合国妇女署）正式成立，以帮助实现性别平等和女性赋权这一全球性目标。2012 年，世界银行特别将其《世界发展报告》聚焦于性别不平等问题，宣布性别处于发展的核心位置，且性别平等有其自身价值，而不仅仅是实现经济增长或其它目标的一项工具（世界银行，2012）。2015 年，联合国通过了《2030 年可持续发展议程》及其 17 项可持续发展目标。这些目标中包含了“人人享有性与生殖健康和生殖权利”这一指标，从而大大增加了用于监测实施进展的性别相关指标的数量。其中，可持续发展目标 5 广泛致力于性别平等的实现和妇女及女童的赋权。这项目标还呼吁将《国际人口与发展大会行动纲领》提出的建议纳入国别计划、政策和规划中。

挑战现状：向性别转型方案迈进

那些将性别在特定关系背景下影响能动性的方式纳入考量的性与生殖健康方案可能更好地帮助男性和女性行使他们的生殖权利（Edmeades 等，2018）。

自 1969 年以来，旨在维护生殖权利的努力取得了巨大进展。但是，实现未来的成功要求对性别和生育与强化它们的父系社会规范之间的联系提出直接挑战。比如，通过构建性别相关共识、促进性别平等并赋予人们在性与生育选择方面以更大的自由，家庭计划方案具有成为性别转型动力的强大力量。目前，人们已经开发了许多实现这些目标的方法。

实现完全平等必须使男性作为完整、平等的伴侣直接参与进来，使他们既能够投资自身的健康，也能够为女性的自主选择提供支持（Hook 等，2018）。

采用了这一方法的倡议包括“发动男性”项目。这个项目在印度、肯尼亚和乌干达已经减少了针对女性的暴力（Greig 和 Jerker，2012）。

另一个例子是男性关爱（MenCare）。这个项目是由 Promundo 和 Sonke 性别正义组织共同开发的，旨在挑战育儿方面的传统规范，并鼓励和推动男性承担传统上被视为非男性气质表现的角色，以实现总体幸福、性别平等和健康的改善。同样，尼日尔的 Ecole des maris，或“丈夫学校”则在鼓励丈夫们参与性与生殖健康相关问题的解决方面取得了巨大的成功。

尽管使男性参与性别转型过程对于改善生殖权利的长期目标至关重要，但继续提高妇女和女童的能力、以充分实现其潜能同样重要。在过去二十年这方面发生的变化中，从长远来看，也许没有一项能够像去学校上学并不辍学的女孩子的急剧增加那样能够对性别规范产生那么大的影响。教育的经历和内容对女孩子而言是一项变革性的经历：它强化了女孩子对自身社会地位及其形成方式的认识，为她们在与他人关系中发出声音并为自身利益谈判提供了技能和信息，并为她们免受童婚之类有害习俗的危害提供了保护。其它项目——如人口理事会在危地马拉实施的 Abriendo Oportunidades 项目——也在帮助

丽莎•玛丽（Lise-Marie Dejean）

“我是在一个女性的生活永远不被重视的环境中长大的，”玛丽回忆说，“女人们一直都会听到男人们的提醒，而且倾向于相信自己的身体并不属于自己。”

她的声音激动起来，继续说：“我们要打破这些看法和思维。我们要帮助女性照顾好自己的身体和健康。”

玛丽，75岁，是海地家喻户晓的妇女权利活动家。她出生于1934年海地第一个女权主义组织成立后不久。这个组织致力于为女性争取受教育权和政治参与权，包括投票权。至今，玛丽还记得跟母亲一起去参加妇女会议的情景。但是，直到成为一名医生并开始了解海地极高的孕产妇死亡率，她才开始充分了解性别歧视和生殖权利缺失的严重程度。

玛丽决定把自己的医疗技术奉献给海地最贫困、最边远的一些地区。在那里，她不仅接待病人，而且还为助产士提供培训，以提供现有医疗服务。后来，作为海地一家主要妇女组织即Solidarite Fanm Ayisyèn（SOFA）的负责人，她开始推动在拥挤的贫民窟开设女性诊所。这个组织一个持续的倡议主题就是取消人工流产的刑事处罚。她指出，不安全非法人工流产占孕产妇死亡率的三分之一左右。“这是一场拯救妇女生命的斗争，”她强调说。

“这是一项美好的成就。当一个人从心理上准备保护自己作为人的权利时，这已经是一个巨大胜利。她不会再茫然。她不会再让任何人践踏自己。”

对海地妇女而言，1994年的国际人口与发展大会是一个分水岭式的时刻。这次大会后，海地的一项关键成果是成立了该国首个且由玛丽领导的全国妇女事务部。当时，她甚至要面临死亡威胁和抗议才能使这个部门启动。甚至在今天，面对不时要求关闭这个部门的建议，她仍不得不时刻保持警惕。

玛丽毫不畏惧。“女性开始作为权利主体代表自己，”她说，“这是一项美好的成就。当一个人从心理上准备保护自己作为人的权利时，这已经是一个巨大胜利。她不会再茫然。她不会再让任何人践踏自己。”

© UNFPA/M. Bradley

变革领军人物

西旺南希•达能迪南 (Sivananthi Thanenthiran)

作为一名年轻的女权主义活动家，迪南过去常常认为，生殖权利斗争在20世纪60年代已经基本上取得了胜利，女性和她们的身体已经有足够多的关注了。因此，她选择了在自己的祖国马来西亚参加妇女参选倡议之类的开创性活动。这类活动旨在支持以妇女权利问题为竞选主题的政治候选人。

但2006年为亚洲一本生殖健康相关书籍工作时，她开始跟人们聊天并了解到真实数据。结果，她愤怒了。

“这些斗争竟然还现实存在，还是那么真切，这真的令我非常震惊。我一定要做些什么。”

迪南加入了亚太妇女资源和研究中心（ARROW），成了一名活动家，并最终成了这个组织的执行理事。亚太妇女资源和研究中心的总部位于马来西亚，但在全球17个国家都很活跃。这个组织致力于倡导女性性与生殖健康及权利的充分实现，以此推动女性在所有生活领域都成为平等公民。

“不斗争就不会有收获。我们必须亮出自己的观点，然后勇往直前，毫不畏惧！”

从社交媒体到国际政治讨论场合，迪南已经成了系统追踪性与生殖权利鸿沟并识别贫困和气候变化之类加深这一鸿沟的问题等领域的一个显著声音。在一个支离破碎且极不平等的世界，她发动人们和政策制定者在争夺日益稀缺的经济及其它资源的斗争中共同抵制社会权利的“廉价交易”。

对于今天接过运动大旗的年轻女权主义者，包括亚太妇女资源和研究中心的女权主义者，迪南感到非常自豪。在她们继承的世界里，性别平等获得的承认已经比以往任何时候都要广泛。

但是，斗争还远未结束，她警告说。很多东西都取决于团结和勇敢。“不斗争就不会有收获。我们必须亮出自己的观点，然后勇往直前，毫不畏惧！”

© The Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)

女童成功完成向成人的过渡方面取得了成功，从而事实上开启了可能改变她们余生的重要机遇。

通过提供性与生殖相关信息并聚焦于关系背景下的性别和权力的适龄课程，全面性教育也在帮助变革性别规范。联合国教科文组织和联合国人口基金在几十个发展中国家为学校和社区组织的全面性教育提供了支持（Haberland 等，2015）。鼓励男孩子和女孩子公开谈论性问题有助于改善伴侣之间的交流，使双方能在相互尊重的情况下自由分享其期望和偏好，从而促进男性和女性的社会关系，并改善生育成果。

普遍赋权这一广泛目标的实现需要性与生殖健康界就加深对性别、以及性别角色和预期在性与生殖健康中是如何塑造社会互动的这一问题的理解作出新的承诺。只有解决这些根源性问题，性与生殖健康界最终才能宣称自己已经有效地将人类从 Goldberg（2009）所述的“文化与生物学相互交织在一起而形成的暴政”中解放出来了——这仍是人类历史上最具雄心的努力之一。

本章精华

- 在实现和行使人权，包括生殖权利面临的所有障碍中，没有几项障碍被证明像性别障碍那样难以克服。性别——由一个社会所共同规定何为男性和女性适当行为、角色和特征的期望和规范共同交织而成——是通过与他人之间的社会互动习得、内在化并强化的，因而对所有生活领域都具有深刻影响。
- 性别不平等限制了女性在很多重大问题上自主地做出决策的能力，包括何时及与谁发生性关系、是否使用避孕药具或保健服务、是否及何时就业，以及是否接受高等教育等问题。
- 由于面临强大的社会压力来证明自己的生育能力，从事风险行为和生育许多孩子，性别规范限制了男性的生殖权利。
- 性别不平等规范和预期放大了其它权利和选择障碍的负面影响。
- 性与生育决策和性别在其中扮演的角色本质上是相关的，因为它们都涉及与他人特别是性伴侣或恋人之间的互动，同时还涉及与家庭成员、社区成员或诊所和医院之类机构之间的互动。
- 没有性别平等的坚实保障，生殖权利是不可能充分实现的。
- 那些考虑到性别在特定关系背景下如何影响能动性并倡导性别平等的性与生殖健康方案能够更好地帮助男性和女性行使他 / 她们的生殖权利。

© Brian Sokol/Panos Pictures

当服务崩溃时

自20世纪90年代中期以来，政府、援助组织和国际机构为那些因战争和自然灾害而在选择方面受限的妇女和青春期女孩提供了越来越多的服务。

进入 21 世纪，随着长期冲突的扩散和气候相关灾害的强化，国际社会关于这一优先事项的共识加深了。各国相继就危机背景下的生殖健康和性别暴力问题作出了承诺，而一线应急人员则磨炼了他们的挽救生命的能力。

一个问题丛生的世界

当今世界面临着前所未有的人道主义需求。2018 年，全球范围内约 1.36 亿人需要人道主义援助，而在 2017 年，全球共有 9100 万人接受了援助（联合国人道主义事务协调办公室，2018）。

近年来，难民、移民和国内流离失所者的数量逐渐增加。推动这一增长的因素包括源于并加剧各国脆弱性的长期冲突、与气候变化相关的致命风暴、诸如地震之类的不可预测事件等。

安全崩溃，住所丧失，水务、食品、清洁和卫生等服务中断，这些因素共同作用，给受危机影响的人带来了持久的灾难。许多人被迫离开家园，并在旅行过程中遭遇了更多苦难。其他人则在难民营穷困潦倒，有时甚至长达数十年。

在具有突发事件背景的国家，每天有 500 多名妇女和女童因技能型助产士或产科应急手术的缺乏或不安全流产等原因而在怀孕和生产期间死亡（联合国人口基金，2018b）。

不安全和流离失所问题加剧了妇女、青春期女孩和男孩、残疾人和女同、男同、双性恋、跨性别人和双性人的个体在面临强奸、剥削和艾滋病毒传播面前的脆弱性。

© Ali Arkady/VII/Redux

流离失所问题的根源和严重性在国家之间和国家内部都存在着相当大的差异，但遭受苦难最深且时间最长的永远都是最弱势群体。“贫困和不平等、政治不稳定和国家脆弱性、水资源压力和食品不安全、气候变化和环境恶化、不可持续发展和糟糕的城市规划等问题在不同国家以不同方式发挥着作用，加剧了人们在这些问题面前的风险和脆弱性”，国内流离失所问题监测中心说。值得注意的是，该中心表示：“人类发展水平低与在灾害中流离失所的风险高度相关”（国内流离失所问题监测中心，2018）。

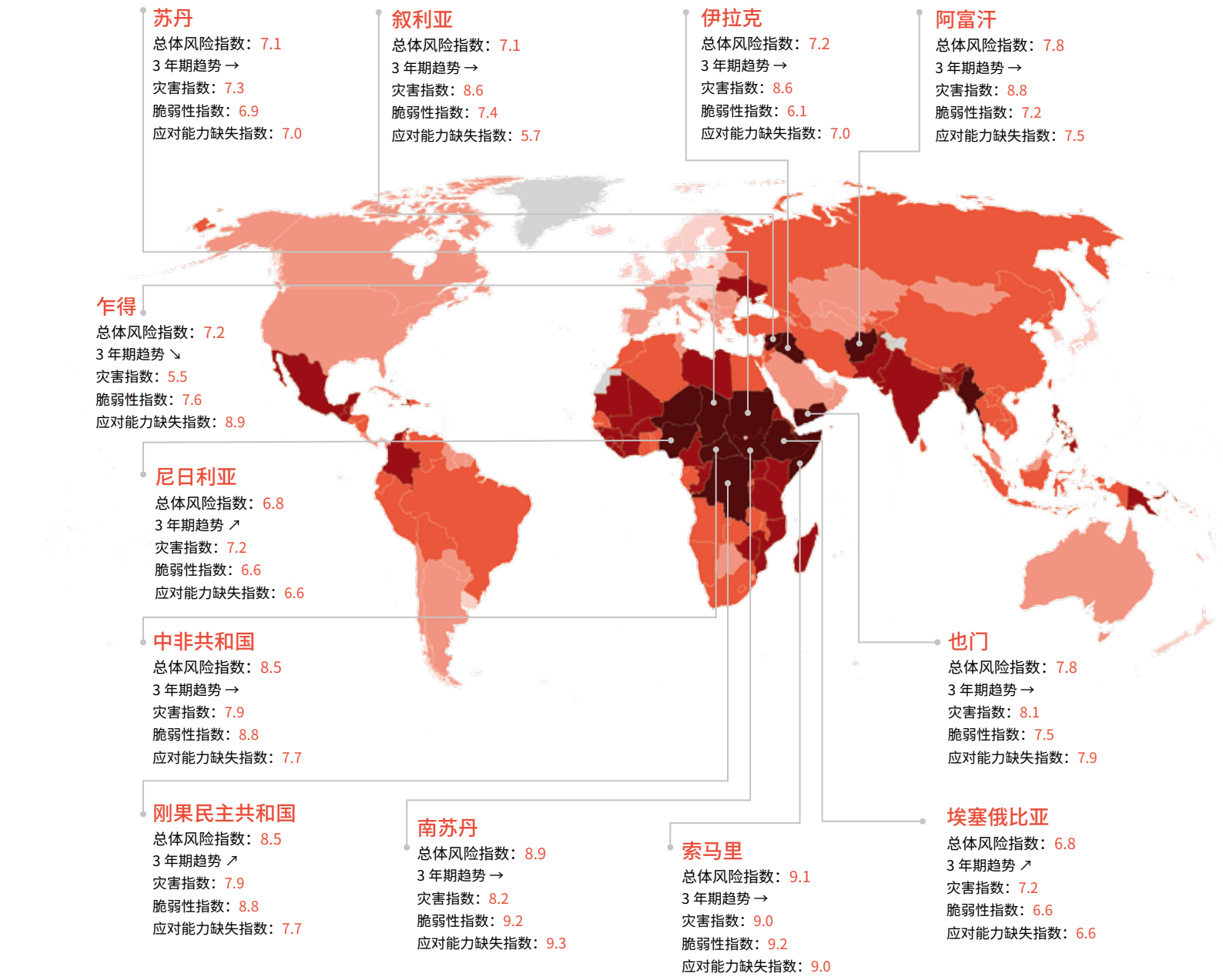
联合国机构、欧洲委员会、政府和非政府组织综合的数据表明，全球至少 12 个国家存在着足以压垮国家应对能力的人道主义危机和灾害风险（图 6.1；机构间常设委员会和欧洲委员会，2019）。

持久危机：新常态

战争一直都在对平民产生影响，且经常造成大规模流离失所问题。1969 年，即联合国人口基金诞生那年，比亚法拉战争造成了大规模的饥荒和人道主义危机。1994 年，即国际人口与发展大会召开那年，前南斯拉夫冲突和卢旺达内战发生了大规模袭击平民的事件。

图 6.1 人道主义危机和灾害可压垮国家的应对能力

2019 年 INFORM 全球风险指数由三个维度构成：灾害和暴露指数、脆弱性指数和应对能力缺失指数。这张地图显示了整体风险最高的 12 个国家。图例基于 INFORM2019 全球风险指数数据库。



今天，“持久危机成了新常态，”——联合国人道主义事务协调办公室《2018 年全球人道主义需求概览》表示（联合国人道主义事务协调办公室，2018）。近年来，因棘手冲突导致的长期流离失所问题使国内流离失所者、难民和移民的数量出现了前所未有的增加，导致援助需求不断增长且人道参与者面临的挑战不断增加。

8 年内，叙利亚阿拉伯共和国的内战导致该国一半以上的人口流离失所。

截至 2017 年末，阿富汗共有 260 万难民，南苏丹共有 240 万难民，索马里有近 100 万难民（联合国难民署，2018）。

当今世界规模最大的人道主义危机正在也门发生。在那里，战争已经使该国经济、社会服务和人民生活崩溃。五分之四的人口即 2200 万人需要援助，且许多人正处于饥荒边缘（联合国人道主义事务协调办公室，2018）。

2017 年，全球范围内有近 1200 万人因武装冲突、恐怖主义、群体暴力或政治暴力而被迫离开家园，比前一年增加了 690 万，另有 1800 万人因天气相关灾害而无家可归（国内流离失所问题监测中心，2018）。2018 年初，全球共有 4030 万人因冲突而沦为国内流离失所者，另有 2250 万难民——这些数字都是前所未有的（国际移民组织，2017）。

冲突是 2018 年联合国协调过人道主义应对计划的 21 场危机中 19 场危机的主要元素。在这些危机中，大多数已经持续了 5 年或 5 年以上，3 场（即刚果民主共和

© Lynsey Addario/Getty Images

国、索马里和苏丹）更是已经持续了 18 年以上（联合国人道主义事务协调办公室，2018）。过去 10 年，被迫流离失所者的数量增加了 50% 以上。

2017 年，种族暴力迫使 65.55 万罗兴亚人逃离缅甸前往孟加拉。同年，又有 290 万叙利亚人、220 万刚果人和 140 万伊拉克人因冲突而流离失所（国内流离失所问题监测中心，2018）。

持久内部或外部冲突的影响在敌对行动结束后可能会继续存在。2017 年，世界上规模最大的流离失所者群体——一个多达 770 万人的群体——仍然生活在哥伦比亚，尽管和平协议在 2016 年已经达成。

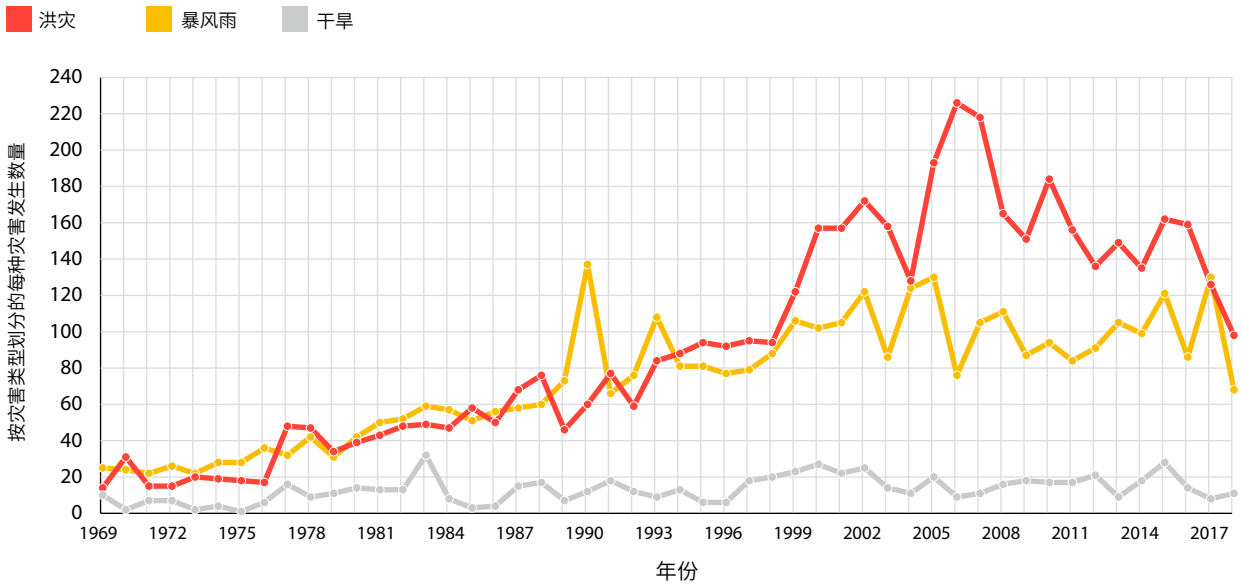
大规模冲突通常会导致权威的解体和经济的崩溃，从而使大规模人道主义援助不可避免。援助工作者面临的安全威胁又加剧了这种挑战。不安全避难地的受害者在新一轮暴力和流离失所问题面前仍然非常脆弱，且每一轮暴力都会使他们更加脆弱（国内流离失所问题监测中心，2018）。

那些逃离暴力的人留在国内而不是跨境前往国外的可能性更大。许多长期流离失所者通常会在城市区域中的接收社区定居下来，常常加剧服务紧张状况并使援助努力复杂化。

气候相关灾害

与冲突相比，更多的人是因为洪水、风暴、干旱和火灾等自然灾害而流离失所的，尽管这些灾害中的人口疏散许多都是短期的。从 2008 年起，全球范围内每年新增的天气相关流离失所者平均在 2500 万左右，而台风和飓风

图 6.2　按类型分类统计的灾害（1969-2017）



Source: EM-DAT: The Emergency Events Database – Université catholique de Louvain (UCL) – CRED, D. Guha-Sapir – www.emdat.be, Brussels, Belgium

是主要原因（图 6.2）。在灾害面前，小国家和岛国面临着越来越大的经济和社会重创风险（国际移民组织，2017）。

随着全球变暖的加剧，贫穷和困难在某些地方预计将增加，从而导致进一步的流离失所。依赖农业或沿海生计等手段的土著人士和地方社区，特别是最不发达地区的这类群体，将变得尤其脆弱。

在埃博拉和寨卡病毒之类传染疾病的暴发方面，气候变化也是一个风险因素，而其发生作用的方式则是传播病媒、加剧人类和动物对日益消失的栖息地和资源的竞争等（Deese 和 Klain，2017）。西非及最近在刚果民主共和国发生的疫情已经对那些早就因冲突而瘫痪的社区产生了毁灭性的影响。

数百万人在迁徙

近年来，因冲突和绝望加剧的流离失所问题导致了国际和国内移民人数的激增。尽管难民和国内流离失所者在所有移民中的比率相对较小，但他们经常会处于高度脆弱的境地，因而大部分人经常都需要援助和保护（国际移民组织，2017)。

中东和非洲地区因冲突而离开家园的移民面临着了特别的困境。他们当中数千人因试图横渡地中海而丧生。欧洲交通路线的关闭和寻求“蛇头”帮助的努力使许多移民面临着被剥削或人口走私的风险（国际移民组织，2017）。

女性和青少年处于风险之中

任何人道主义危机——无论是冲突导致的，还是自然灾害导致的——都会导致系统崩溃，从而导致保护和服务等多种需求的增加。特别是在提供食物和住处的初期慌乱中，应急人员可能会忽略危机强化妇女和女童脆弱性并威胁她们生命的特殊方式。

对于孕妇和幼儿母亲而言，经历自然灾害或感受暴力是一件极其痛苦的事情。怀孕期间的创伤和营养不良也是危险的；突发事件期间，许多妇女会流产或早产。清洁生产基本条件的缺乏会增加母婴遭受致命感染的风险（联合国人口基金，2004）。因缺乏技能型助产士或产科急诊服务导致的分娩并发症经常会导致死亡或诸如产科瘘管病之类的严重损伤。

在孟加拉的科克斯巴扎尔，有一个世界上人口密度最大的难民营。在那里，只有五分之一的罗兴亚母亲会在卫生中心分娩，尽管那里有配备了数十名受训助产士的卫生设施。据报道，一些妇女被她们的丈夫禁足，不能踏出简陋房屋半步；一些被人强奸的妇女据说更担心社区的污名化和歧视（联合国人口基金孟加拉办事处，2018）。

家庭计划服务的中断也会威胁生命。因服务缺失或法律限制而无法使用避孕药具的性活跃妇女面临着意外怀孕和感染包括艾滋病毒在内的性传播疾病的风险。许多不慎怀孕的妇女不得不诉诸于不安全的人工流产行为，而这是孕产妇死亡和损伤的一个主要原因。在危机背景下，即便法律允许，安全人工流产服务的提供通常也极少或不存在，而挽救生命性质的人工流产后护理往往也不可得。

流离失所的环境和家庭的破坏使妇女和女童很容易遭遇强奸和攻击。青春期女孩子、残疾人、种族和性少数群体面临的风险特别大。近期一项研究表明，在复杂人道主义援助背景下的难民和流离失所女性中，每五个人中至少就有一个遭遇过性暴力，尽管这些案例往往并没有上报。幸存者不得不忍受心理和生理创伤，

变革领军人物

Nadine Alhraki

6年前21岁新婚时，Nadine Alhraki正在叙利亚大马士革的一所大学学习地理。但从那以后，她就成了难民。随着叙利亚陷入战争和混乱，她和丈夫加入了逃离这个国家的500万流亡大军。穿过约旦边境后，他们终于在杂乱无章的扎塔尔难民营找到了安全的容身之处。

到达那里三天后，尽管个人境遇令人心酸，但Alhraki仍然签名加入Questscope——一个服务于年轻人的人道主义组织，成了一名志愿者。之后，她参加了一个工作坊，接受了就生殖健康为青年和青春期孩子提供教导的培训。“这些东西对所有人都很重要——不管你是不是难民，”Alhraki说，“我们都知道，在我们社区，接收信息与获取服务的准确性在年轻人之间有一条鸿沟。”

在Questscope青年中心，Alhraki带头各种教育活动，包括面向18-24岁年轻男女的母亲安全教育和面向18岁以下青少年的青春期阶段教育。维持友好氛围是鼓励参与者就现实问题（如月经来临时该怎么办）开展互动讨论的努力的一部分。这些活动通常是难民营中那些较年轻居民第一次了解生殖健康的机会。

“当人们认识到自己以前获得的信息是错误的并听到正确信息及其对自己生活的影响后，巨大变革就会发生，”Alhraki说。

这些活动提高了青年人挑战陈规陋习（包括性别相关陈规陋习）、想出自己的主意并将其付诸实施的能力。Alhraki记得很清楚，在一次活动中，年轻人将婴儿背带发给已经为人父母的人，并将丈夫也可以帮着妻子照顾孩子这一讯息告诉了他们。

“当人们认识到自己以前获得的信息是错误的并听到正确信息及其对自己生活的影响后，巨大变革就会发生。”

现在，Alhraki已经怀上了自己的第一个孩子。她下定决心要继续帮助扎塔尔难民营的年轻居民。但是，她最大的梦想是自己的孩子不用作为难民长大，且能够充分享受高质量的卫生服务和教育并有充分的生殖健康意识。

最后，她笑了。“当然了，我会倾我所能教他的——谁叫我现在是专家了呢！”

© Helal Khlaif

以及意外怀孕和艾滋病毒之类性传播疾病的困扰。

残疾人在性暴力面前尤其脆弱，而遇袭后寻求帮助的难度也可能更大。男性和男童也有风险，而不鼓励妇女和女童报告袭击事件的社会规范更是威慑受害人掩盖自己受害经历的因素。(红十字会和红新月会国际联合会，2018)

对性攻击、性剥削或性虐待的担心限制了许多难民和流离失所妇女的流动性。一些处境悲惨的家庭甚至诉诸于童婚，希望通过把女儿嫁走的方式保护孩子免受暴力。

制定基于权利和选择的应对措施

在全球突发事件的人道主义应对行动中，妇女的需求和脆弱性一直都没有得到像食品和住宿需求那样的关注。

直到20世纪90年代，人道参与者才开始以更具连续性的方式聚焦于受危机影响妇女和女童的权利和需求（Chynoweth，2015）。联合国难民署1982年发布的首版《突发事件手册》曾规定，面向流离失所群体的初级卫生保健应包含“孕产妇和儿童护理，包括家庭计划服务”。但是，在实践中，避孕服务通常并没有包含在难民卫生服务中（Wulf，1994）。

1991年，联合国难民署发布了《难民妇女保护指南》。这份指南在既定国际规范包括《普世人权宣言》和《消除对妇女一切形式歧视公约》的范围内明确了难民妇女的保护问题。除“保护她们不被强迫遣返回来源国、不受武装袭击及其它形式的暴力、不受不公正和不合法长期羁押，同时确保她们享有充分社会和经济权利这一法律地位及食品、住处、衣物和医疗等基本服务”外，这份指南还指出：“难民妇女和女童具有反映其性别的特殊保护需求：比如，她们需要在人身操控、性和身体虐待及剥削方面的保护，以及物资和服务发放过程中的性歧视保护等”（联合国难民署，1991）。

1994年，难民妇女和女童事务妇女委员会发布了《难民妇女和生殖保健：优先事项的重新评估》报告。这份影响力颇大的报告明确了妇女服务方面存在的重大不足，包括性教育、家庭计划、艾滋病毒教育和预防、经期妇女的物资供应及性虐待、强奸和强迫卖淫幸存者服务等方面的不足（Wulf，1994）。

1994年召开的、具有变革性质的国际人口与发展大会提高了全球对女性在性与生育方面的能动性的认识。在就生殖健康和权利的实现而提出的建议中，大会通过的《行动纲领》将环境退化、自然灾害和内部冲突导致的流离失所者、难民和移民纳入了服务范围，并呼吁各国解决这些问题的根源，“特别是贫困相关根源”。这份纲领还呼吁保护“鉴于其流动的被迫性……经常会处于特别弱势地位的人，尤其是在武装冲突背景下可能遭遇强奸和性攻击的妇女”。这份纲领还敦促各国政府“确保国内流离失所者能够接受到……基本卫生保健服务，包括生殖保健和家庭计划服务”，并为难民提供“包括家庭计划在内的卫生服务”（联合国，2014a）。

1999年，就上述《行动纲领》的实施而开展的5年期进展回顾详述了响应难民和流离失所者保护关切并确保其性与生殖健康的必要性（联合国，1999）。

设定生殖保健标准

1995年，约40个从事援助工作的政府和政府间机构及非政府组织成立了难民情境下生殖健康问题机构间工作小组，即当前的机构间危机工作小组。这个

虽然难民和国内流离失所者在所有移民中所占的比例相对较小，但他们经常发现自己处于非常脆弱的境地，而且往往需要更多帮助和保护。

© UNFPA/N. Batev

由联合国人口基金和联合国难民署共同推动的联盟就不同危机阶段在安全分娩、性与性别暴力、性传播疾病（包括艾滋病毒）、家庭计划等方面的干预活动制定了准则。《紧急情况下的生殖健康：机构间一线手册》对这些内容进行了详述（联合国难民署，1999）。

这份手册的基石是以下原则，即“生殖保健应在所有情境下提供，并以难民特别是妇女的需求和公开表述的要求为依据，同时充分尊重难民的各种宗教和伦理价值观及文化背景，并遵循普遍认可的国际人权标准”。

多年来，机构间危机工作小组在推动将性与生殖健康关切纳入所有危机应对措施及为服务实施提供技术标准、为政策制定者提供证据等方面发挥了关键作用。这个联盟如今已拥有 20 个指导委员会成员机构，并拥有一个由来自 450 个机构的 2000 多名会员组成的网络。

危机中的必要服务

在其发布的一线手册中，机构间危机工作小组设计了一个颇具影响力的、包含对于死亡和疾病的预防至关重要的各项服务的“最基础生殖健康服务包”。这些服务适用于所有突发事件，且应在危机发生初期由训练有素的工作人员实施。

这些服务的目标为：确定一个负责协调生殖健康活动和支持合作伙伴的主导机构；预防性暴力并为幸存者提供医疗和心理服

务；通过安全输血和免费安全套发放减少艾滋病毒传播；通过急诊、全日制转介和清洁分娩工具包等手段预防孕产妇和新生儿死亡；通过系列避孕方法和信息服务预防意外怀孕；尽快向全面性与生殖健康服务过渡等。

工作小组合作伙伴的倡导努力已经使这个服务包得到了广泛采纳。现在，这个服务包已经被纳入 Sphere 标准——一套为人道主义应急人员普遍采用的原则——和联合国中央应急基金用于确定灾害初期行动轻重缓急的生命抢救标准，同时还被纳入了负责协调联合国机构和非政府组织救援工作的机构间常设委员会的卫生指南（机构间常设委员会，2009）。

一线手册 2018 年修订版明确将通过提供长效和短效避孕方法、信息和咨询服务预防非意愿怀孕作为一项旨在挽救生命的明确目标，而不是孕产妇保健内容的一部分。生育控制也被承认是推动妇女和女童参加教育、保护、生活技能和生计活动的一大因素。合法背景下的安全人工流产服务也作为一个单独优先事项被纳入。这份手册还就从应急到全面性与生殖健康服务的过渡提供了更多指导，增加了一个后勤供应章节，并对性别暴力予以了更多强调。

重要的是，2018 年的手册强调，为受危机影响的人口提供全面性与生殖健康服务是一项人权要务，与国际权利相关义务和众多政治机构提供的指导相一致。

2016 年在伊斯坦布尔召开的联合国世界人道主义峰会通过了《人道议程》。作为其实现性别平等的核心承诺的一部分，峰会呼吁“人人享有性与生殖健康及生殖权利”，及“旨在预防和响应危机背景下性别暴力的全球性协调式工作方法”。当时，各国就性与生殖健康活动的实施和资助作出了众多承诺。

性暴力的应对

在日益强调确保突发事件中女性的性与生殖健康的同时，人道参与者开始越来越重视性暴力及其后果，特别是冲突期间的性暴力及其后果。20 世纪 90 年代前南斯拉夫、卢旺达、塞拉利昂和利比里亚及 1998 年后刚果民主共和国将强奸作为战争武器的广泛、骇人作法促使国际社会对这一问题作出了响应。

1995 年第四届世界妇女大会通过的《北京宣言》和《行动纲领》呼吁各国采取措施应对“大规模人权侵犯特别是以战争情境下种族灭绝、种族清洗、系统性强奸妇女等形式出现的人权侵犯与难民流及其它驱赶活动之间的密切联系，以及难民妇女、流离失所妇女和返回家园妇女可能遭遇特定人权侵害这一事实”（联合国，1995a）。

1998 年旨在成立国际刑事法院的《罗马规约》将在针对平民的系统性攻击中实施的强奸和性暴力行为规定为反人类罪和战争罪（国际刑事法院，1998）。

2000 年，联合国安理会通过了第 1325 号决议，呼吁增加女性在冲突预防及安全和安全倡导方面的参与。这份决议还呼吁“武装冲突各方采取特殊措施保护妇女和女童免受性别暴力，特别是强奸及其它形式的性虐待”。

联合国安理会 2008 年通过的第 1820 号决议宣称，“妇女和女童是性暴力——包括通过性暴力羞辱、支配、恐吓、分散某一群体或族裔中的平民成员和 / 或强迫其离开家园的战争策略——的特殊靶子”。这份决议将性暴力称为安全威胁和恢复和平的障碍，并称冲突后重建和恢复努力必须对性暴力后果予以特别关注。在之后的决议中，联合国安理会对这些问题进行了详述。

同期，从事援助工作的组织越来越重视性暴力的预防及幸存者需求的响应——这是最基础生殖健康服务包的一项核心目标。机构间危机工作小组修订后的一线手册将性别暴力定义为包括强奸、性剥削和虐待、强迫卖淫、走私、强迫早婚、女性生殖器切割、荣誉杀戮、家庭和亲密伴侣暴力、基于性取向或性别认同的伤害、老年人虐待等形式。这份手册还就在卫生设施内为幸存者创建安全空间、提供适当临床服务并为其转介心理和法律服务等活动提供了指导。

全球移民和难民协议

2016 年，联合国大会召开了首次难民和移民峰会，旨在为一个更加负责任、更加可预测的移民问题应对体系绘制一幅蓝图。

在其发表的《纽约宣言》中，联合国大会肯定说，联合国 2030 年可持续发展议程承诺“不落下任何一个人”，包括难民、国内流离失所者和移民。联合国成员国承诺“确保对到达本国的所有人提供以人为本、敏感、人道、有尊严、性别敏感和及时接待”，保护他们的人权，并以危机的早期预防为目标增加外交努力。他们还承诺在移民政策中“实现性别视角的主流化”，“打击性别暴力”，并向那些受危机影响的人“提供性与生殖保健服务”（联合国，2016）。

这次峰会启动了以达成两份更加广泛的协议为目的的全球谈判。这两份协议分别为 2018 年联合国大会通过的《全球难民协议》和 2018 年 12 月摩洛哥马拉喀什政府间会议通过的《安全、有序和正规移民全球契约》。这两份协议都承诺打击性别暴力。但是，两者

© SOPA Images/Getty Images

© UNFPA Myanmar/B. Manser

都未明确提及性与生殖保健服务（联合国，2018 和 2018a）。

联合国人口基金的突发事件应对

根据国际人口与发展大会《行动纲领》规定的使命，联合国人口基金重点关注妇女和女童的性与生殖健康及权利，即便在危机和突发事件中也如此。

联合国人口基金倡导将生殖健康干预措施作为挽救生命的努力纳入所有危机中的国际援助行动，并在开发各类标准、以支持目前在广泛背景下开展的生殖健康需求响应和性别暴力应对工作的过程中发挥了重要作用。此外，它还帮助那些正在从危机中恢复的国家将生殖健康纳入其重建的卫生体系。目前，联合国人口基金正在帮助各国为未来危机的应对做准备。

危机袭击前及危机持续期间，联合国人口基金通常会与相关政府和地方公民社会组织一道，通过储存重要物资、强化供应链管理，就生殖健康相关物资的储存、运输和使用为国内工作人员提供培训等方式助力其卫生体系的能力建设。

2015 年尼泊尔遭遇地震袭击时，应急人员就利用事先储存在战略地点的医疗物资迅速实现了救援部署。斐济和澳大利亚的仓库随时准备为那些易受灾害袭击的太平洋岛国提供服务（联合国人口基金，2018c）。在南苏丹，正常运作的卫生设施很少，因此，那里的 5 个供应中心囤积了大量强奸发生处理工具包和生殖健康相关物质（联合国人口基金，2018c）。

在世界范围内，联合国人口基金都是预先包装好且可随时投入不同情境和服务层次的生殖健康相关物资和设备的主要提供者。比如，其准备的家庭计划工具包包含安全套、口服和注射避孕药物、宫内节育器等。孕产妇和新生儿卫生工具包包括对临床援助和全面、基本产科应急救护至关重要的医疗设备和物资。其它工具包则包括性传播疾病治疗、流产管理和输血等方面的物资。

在危机情境中，联合国人口基金将满足青春期女孩的性与生殖健康及保护需求视为一项优先工作。2009 年，联合国人口基金和救助儿童会共同发布了一个旨在响应青少年需求的工具包，即最基础生殖健康服务包（联合国人口基金，2009）。

在人道主义干预中，联合国人口基金为女童设立了专门空间，为她们提供谋生技能、健康信息和服务转介。在必要情况下，还支持流动诊所和外部团队提供卫生服务和物资，包括避孕药具。青少年参与了问题磋商和应对，并帮助联合国人口基金分发尊严工具包（dignity kit）、收集数据、与同龄人进行交流等（联合国人口基金，2016）。

联合国人口基金还在许多人道主义援助背景下协调性别暴力的预防、风险降低和应对工作。它为卫生工作者提供了培训，以便其以敏感、保密的方式提供挽救生命的高质量服务，包括强奸后治疗服务，并为卫生中心和流动诊所分发临床物资，包括紧急避孕和艾滋病毒暴露后预防物资。

打造抗压能力

如今，确保危机状态下妇女和女童的性与生殖健康及权利和人身安全已成为国际社会一项不可动摇的优先工作。但是，这一努力的真正成功与 2030 年可持续发展目标的实现密不可分。各国社会必须提高预防和面对暴力和灾害并从中恢复的抗压能力。这需要有更多的资源、更明智的解决方案和更好的国际协作，以应对人道主义需求急剧增加背后的多重因素。不平等的强化、冲突的持续、气候变化和人口发展（人口增长、迁徙、城镇化和老龄化等）都使得这些日益沉重挑战的克服愈发艰难。

除危机应对需求外，国际社会还需要大量投资和更多承诺，以支持可持续发展，建设和平，应对气候变化和降低灾害风险。

正如 2016 年联合国秘书长关于人道主义融资问题的专家小组指出的那样，“应对日益增加的人道主义需求的最佳方法，就是解决其根源性问题。由于发展是最好的抗压力打造方法……因此全球官方发展援助这种稀缺资源应用在最紧要的地方，即脆弱情境下”（联合国，2016a）。

本章精华

- 任何人道主义危机——无论是冲突导致的，还是自然灾害导致的——都会导致系统崩溃，从而导致保护和服务等多种需求的增加。特别是在提供食物和住处的初期慌乱中，应急人员可能会忽略危机强化妇女和女童脆弱性并威胁她们生命的特殊方式。
- 对于孕妇和幼儿母亲而言，经历自然灾害或暴力是一件极其痛苦的事情。怀孕期间的创伤和营养不良也是危险的；突发事件期间，许多妇女会流产或早产。
- 在具有突发事件背景的国家，每天都有 500 多名妇女和女童因技能型助产士或产科应急手术的缺乏或不安全人工流产等原因而在怀孕和生产期间死亡。
- 自 20 世纪 90 年代中期以来，政府、援助组织和国际机构为那些因战争和自然灾害而在选择方面受限的妇女和青春期女孩提供了越来越多的服务。
- 1994 年召开的、具有变革性质的国际人口与发展大会提高了全球对女性在性与生育方面的能动性的认识。在就生殖健康和权利的实现而提出的建议中，大会通过的《行动纲领》将环境退化、自然灾害和内部冲突导致的流离失所者、难民和移民纳入了服务范围。

© Andrea Bruce/NOOR

确保权利和选择的机构和资金

1969年，拥有人口政策或实施人口政策机构的国家很少（Nizamuddin，2002）。但是，随着全球对人口问题的关注日益生根，越来越多的国家开始寻求更好地理解和应对人口动态与发展之间的相互作用。

到 1976 年，全球已有 40 个国家制定了旨在降低生育率的政策；到 1986 年，这一数字已经上升到了 54，到 1996 年，又上升到了 82（联合国，2015a）。

一些国家要求其卫生部负责避孕药具分发项目。一些国家则成立了独立的家庭计划委员会或人口委员会，以便将捐赠资金迅速转化为服务。在其它许多国家，政府则与公民社会组织在避孕药具的发放——特别是面向服务不足群体的发放中进行了协作。

随着时间的推移，相关机构不得不逐步进行调整和适应，以便满足人们日益增长的、对更广泛性与生殖健康服务的需求，并确保女性行使其生殖权利。

早期限制

隶属于卫生部的一些早期家庭计划项目主要是通过城市诊所和医院提供服务的。有时，糟糕的基础设施会使得向边远地区拓展服务变得非常困难。即便在城市地区，资源不足的设施和训练有素人员的匮乏也通常意味着某些国家大量的人口仍然无法享受或只能享受有限的优质避孕服务。

而且，由于西方捐赠者那时承担了避孕药具分发的许多成本，因此服务反映的通常是西方捐赠者的偏好，有时甚至会偏离

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

女性的需求。一些捐赠者致力于建设更多的诊所，而一些捐赠者则偏好那些在卫生部基础设施之外运作的分发计划，还有一些捐赠者则主要是为研究和示范项目提供资金（Robinson 和 Ross，2007）。

在早期人口项目中，协调是一项特殊挑战。不同国家机构分别负责人口政策实施的不同方面：卫生部负责临床服务的提供；中央统计机构负责人口统计和调查；教育部负责学校和培训机构的课程；信息部负责公共教育活动；规划部或财政部负责资金分配。在一些地方，人口规划单位或国家人口委员会帮助协调人口政策的各个方面，但它们带头引导各方面工作的能力通常很有限。项目分散管理的结果是妇女行使其生殖权利所需要的服务和信息提供被复杂化了。

早期家庭计划项目的另一限制因素是用于指导项目设计或监测倡议影响的数据非常匮乏。20 世纪 70 年代，美国国际开发署帮助设立了众多中央统计机构，从那以后，发展中国家性与生殖健康方面的流行病学和行为学数据的范围和质量得到了显著改善。

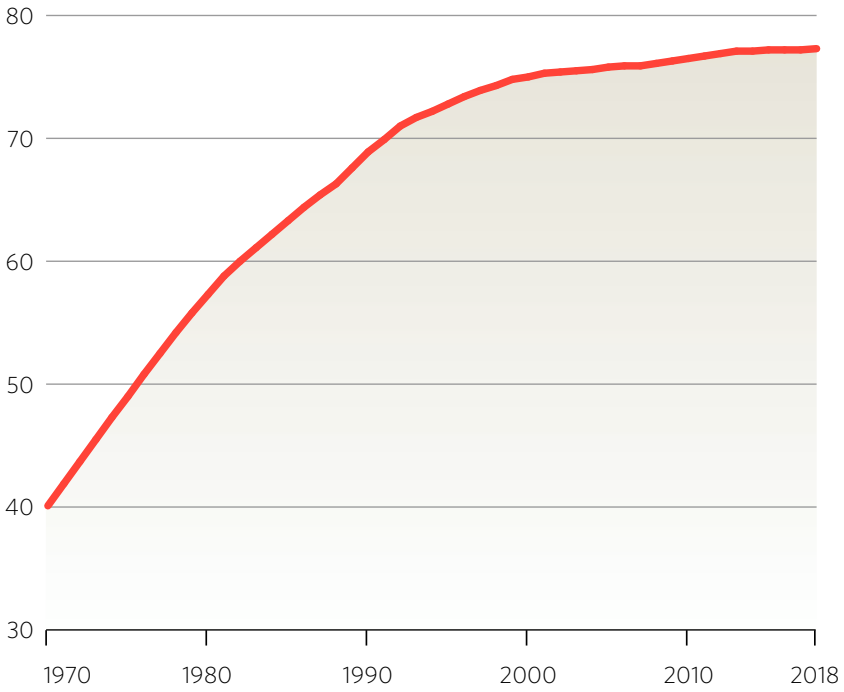
但是，对于一些事件、成果和发病率相关数据的收集和分析仍然存在不足，比如流产、人际暴力、性传播感染、产科瘘管病、失禁、性交疼痛、性功能障碍等。

渐进式进展

家庭计划项目的惠及范围在20世纪70年代拓展缓慢，但在接下来的几十年里加速了。比如，在1970年的发展中地区，估计有40%的家庭计划需求通过现代方法得到了满足（图7.1）。1980年，这一比率上升到了57%，1990年又上升到了69%，2000年上升到了75%，而今天则上升到了77%左右（联合国，2018b）。

这一进步反映了政府在家庭计划项目方面“努力程度”的逐步提高。1972年，研究人员设计了家庭计划项目努力指标，并定期将其运用到了大多数发展中国家。家庭计划项目努力指数以涵盖政策、服务、评估和方法使用率四大类共30项努力程度指标的问卷调查为依据。努力指数分是根据独立、知情观察员的问卷调查结果得出的，与诸如避孕药具的使用或生育率的降低等实际成果并不相关。

图7.1 通过现代避孕方法得到满足的家庭计划需求：占已婚或同居女性的比率（1970-2018）



1972年23个国别项目首次接受该指数评估时，各国在从低到高的努力水平连续体中的分布相当均匀。但是，到1989年时，许多国家的努力分都出现了提升。结果，原先的低度努力国家开始与中度和高度努力国家看齐（Robinson和Ross，2007）。但是，家庭计划努力方面的这种进步只是整个情景的一部分：在这一过程中，人口政策实际上已经逐渐包含了家庭计划之外的内容了。

到1976年，

40个国家制定了降低生育率的政策，到1986年，这一数字已增至54个，到1996年增至82个。

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

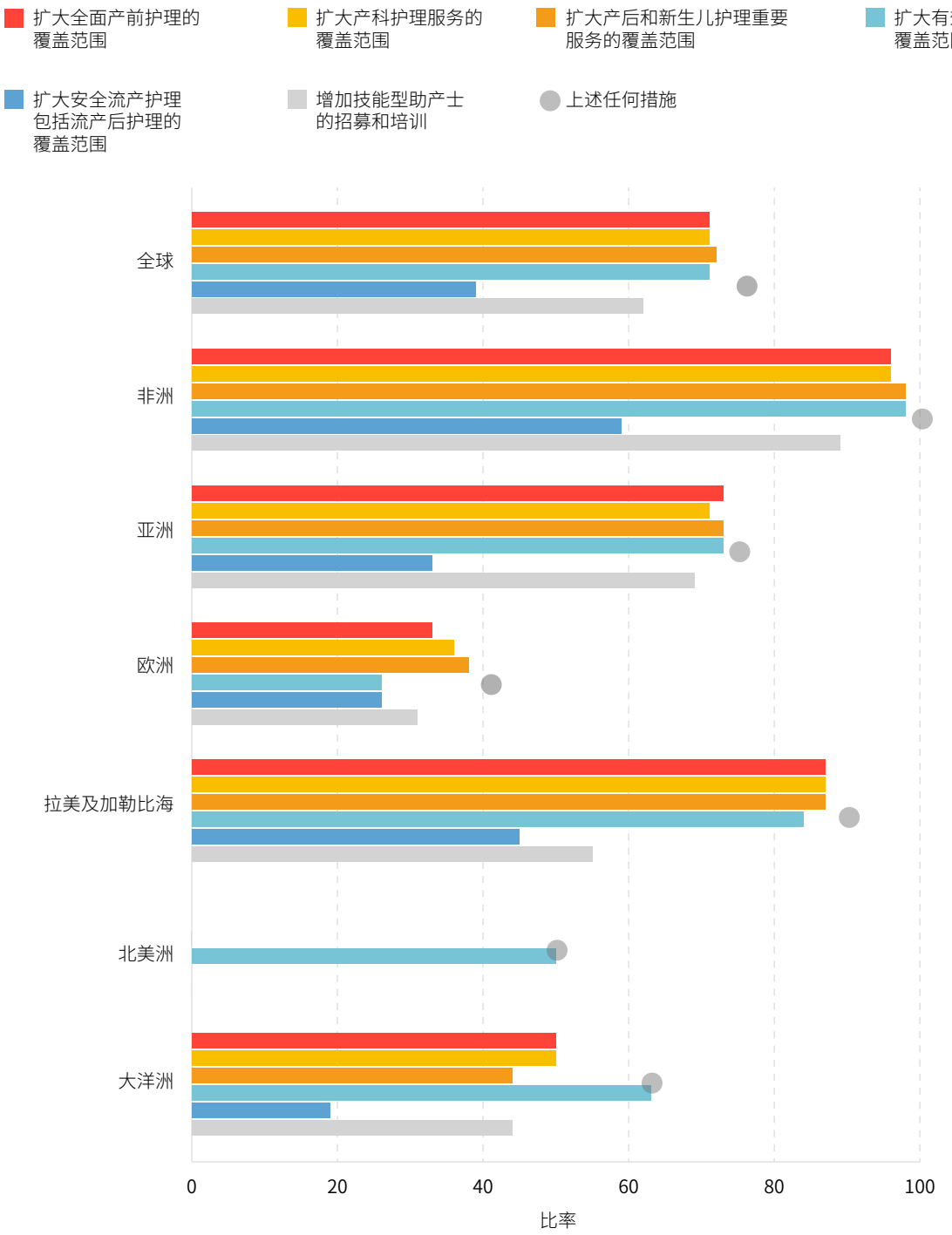
人口政策：超越降低生育率的目标

1994 年国际人口与发展大会达成的开创性共识为家庭计划机构的创建和更新创造了新的动力。随着时间的推移，越来越多的国家人口政策和战略开始突破原先以降低生育率为目标的狭隘范围，转而纳入性与生殖健康及女性赋权这一新的全球议程。

比如，截至 2015 年，全球 76% 的政府已在过去五年采用一项或多项旨在降低孕产妇或新生儿死亡人数的政策措施，70% 以上的政府拓展了产后和新生儿护理、全面产前护理或产科护理等重要服务的范围（联合国，2017a）。此外，全球 62% 的政府实施了旨在增加技能型助产士招募和培训的政策，39% 扩大了安全流产护理包括流产后护理的覆盖范围（图 7.2）。

在一项就《国际人口与发展大会行动纲领》所提建议的实施而开展的全球调查中，各国政府就“旨在应对人口与发展相互关联问题”的各类机构的设立提供了相关信息。调查结果发现，自 20 世纪 90 年代以来，与国际人

图 7.2 过去五年内采取政策措施应对新生儿或孕产妇死亡问题的政府比率（按地区分类，2015）



*数据来源：*联合国，2017a。

*注：*以 190 个有数据可用的国家为依据

口与发展大会其它主题如教育和移民相比，旨在应对性别平等、青少年和青年、人口和可持续发展等问题的政府机构数出现了较大幅度的相对增长（联合国，2014）。

如果能充分认可潜在用户的需求和视角，这些新机构将在推动用户权利和选择方面发挥出最大的作用。《行动纲领》强调，有必要让那些直接受影响者——特别是在历史上因歧视、胁迫或暴力等原因而被排斥者参与法律、政策和实践的制定。这种参与有助于提高个人——特别是妇女和女童更加充分地行使自身权利的能力。

合作关系的日益重要性

20 世纪七八十年代，人口与发展领域的合作关系出现了扩张和多元化，并为推进人口和发展目标领域的大部分成功提供了助力（Weerakoon，2002）。

《行动纲领》承认了这一演变，并指出政府和多边组织与国内外非政府组织和私营部门紧密合作已经不再是稀奇现象了（联合国，2014a）。

在很大程度上，《行动纲领》宏伟而广泛的目标是公民社会共同发力的结果。毫不令人惊讶的是，自 1994 年起，范围广泛的公民社会组织及其它非政府利益相关方开始越来越多地参与到性与生殖健康相关全球、地区和国家政策和问责框架的制定中来（联合国，2014）。这一趋势发生的背景，是治理结构中权力和领导力的日益分散，以及人们对国家和地方政府、公民社会及非国家主体共同参与和合作所带来的价值的相应认可。

20 世纪 80 年代后期和 90 年代初期，一轮新的政府分权倡议为公民社会组织参与性与生殖健康服务相关地方规划、决策、监测和评估提供了机会。但是，分权同样带来了不同机构相互之间及与地区卫生当局之间的关系不明朗等挑战，以及商品流动、设备和物资的采购、分发等方面的问题（Maceira，2005）。

与此同时，随着公民社会和非政府组织构成的广泛网络得到正式认可并被纳入规划和实施过程，《行动纲领》预期受益人的参与情况过去 20 年中也得到了改善（联合国，2014）。

比如，生殖健康物资联盟集中了公民社会组织及多边和双边组织、私人基金会、政府和私营部门代表，共同致力于确保中低收入国家所有人都可享受和使用负担得起的、高质量的避孕药具及其它生殖健康物资这一目标的实现。另外，家庭计划 2020 倡议引入公民社会参与相关战略的制定，以实现其到 2020 年再为世界上最贫困国家的 1.2 亿妇女和女童提供自愿家庭计划相关信息、避孕药具和服务的目标。

同样，私营部门在项目的规划和实施过程中也扮演了更大角色。《行动纲领》承认私人营利部门可能扮演的重大角色，并呼吁政府和非政府组织强化其在人口和发展项目中——特别是高质量避孕商品的生产和交付及相关信息和教育服务的提供方面——与私营部门之间的合作（联合国，2014a）。1998 年开展的一项全球一线调查发现，许多国家的私营部门已开始在诊所运作和社会营销项目发起方面扮演更加积极的角色（Weerakoon，2002）。

随着合作关系和主体的日益多元化，《行动纲领》呼吁受援国政府强化其国内协调机制，以

变革领军人物

米歇尔 • 巴切莱特（Michelle Bachelet）

她曾是一名医生、政治迫害的幸存者、国防部长和世界上最耀眼的女性政治家之一。她还曾经两度当选为智利总统。长期以来，她一直致力于性别平等和性与生殖权利的倡导，并主导了智利妇女和女童相关法律的革命性变化。

2006年，巴切莱特成为智利首任女总统，并很快兑现了组建一个男女阁员数相等内阁的竞选承诺。基于其与智利妇女运动之间的长期联系，Bachelet将女权主义者纳入了政府。这些人与她一起，共同推动了生殖权利核心问题方面的改革。

巴切莱特成功推动并提升了国内暴力幸存者的保护力度，终结了职场歧视，提高了退休金体系对女性的公平度，并改善了低收入母亲的育儿服务。当一个保守联盟试图阻止其旨在扩大紧急避孕覆盖范围的计划时，巴切莱特向支持她的公众发出了呼吁。结果，这个法案被快速通过并获批。2017年，在第二届总统任期行将结束时，她又推动智利国会终结了长达28年的全面人工流产禁令，从而实现了另一里程碑式的变革。

“我坚定地实施自己认为必要的社会、经济和政治改革，以改善人们的生活，”Bachelet说，“我们有勇气使智利行动起来，正因为有了这种行动，我们才看到智利正在发生变化”。

2018年，巴切莱特成为联合国人权事务高级专员，誓言要利用其毕生经验推动人人享有人权。“那些捍卫人权的人和人权受害者都会朝高级专员看过来并希望我们在那里保护和支持他们，”巴切莱特说，“我将尽一切所能不让他们失望。”

涉及妇女和女童时更是如此。“打造一个更加公平、公正且能够确保妇女和女童权利的世界不仅仅只是一项挑战，”巴切莱特说，“它是一件必须要做的事情，是一项义务。”

“我坚定地实施自己认为必要的社会、经济和政治改革，以改善人们的生活，”

© UN Photo/Violaine Martin

© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

确保人口和发展领域合作的效果和效率。《行动纲领》还指出，各国有必要基于相对优势和国家发展重点等考量明确其赋予发展合作伙伴的责任，并呼吁国际社会协助受援国政府开展这类协调努力（联合国，2014a）。在保持其国家优先事项的同时，捐赠国还通过联合国改革进程和新的网络倡议为联合国内部和国别进程中新增的协作和协调努力提供了支持。

资金估算和追踪方面的挑战

性与生殖健康服务资金需求的估算和资金流的追踪是有效推动有需求人士权利和选择这一努力的一个重大方面。这类努力能够提供相关信息和透明度，从而使捐赠者能够协调各方努力，规划者能够明确重点和不足，而倡导者则能够就捐赠者和政府的承诺向它们问责。

但是，从人口政策实施之初开始，资金的估算和追踪就一直是一项富有挑战性的活动。20 世纪六七十年代，性与生殖健康资金分属于不同的预算类型。比如，妇幼保健及性传播疾病治疗资金被纳入了广义的卫生资金，而“人

Enkhjargal Davaasuren

在蒙古，人们过去经常羞于提及自己家里发生的暴力。在共产主义时代，家暴的处罚非常严厉，以致许多妇女不愿意举报甚至可构成严重犯罪的家暴行为。1990年，一场民主革命在蒙古发生了。但是，革命过后，法院系统不再将家暴和婚内强奸认定为刑事犯罪了。

对Enkhjargal Davaasuren而言，这是绝对不可接受的。还是一个女孩子的时候，她的工会活动家妈妈就在家里举办过无数次活动，将妇女组织起来捍卫自己的职场权利，同时也在终结虐待的努力中相互帮助。后来，Davaasuren上了法学院，作为其捍卫女性权利的另一种方式。

作为一名年轻律师，她成立了国家反暴力中心，并启动了一项旨在通过一部将家暴入罪的新法律的运动。二十多年里，她和一个由坚定活动家组成的团队孜孜不倦地呼吁政治家们采取行动。2016年，她们的努力终于有了回报。那年，蒙古议会在作为民主政体的该国历史上首次将家暴作为刑事犯罪进行了处理。于是，一部新法保证，三分之一在一生中某个时候都会经历某种形式家庭暴力的蒙古妇女可以寻求避难和保护了。

> “在蒙古这样由男性主导的父系社会，女人还没有认识到自己可以有多强大。”

在追求变革的过程中，Davaasuren面临过死亡威胁和“将外国思想引进国内”的指责。但是，她从未退缩过。她的国家反暴力中心支持着一群律师为虐待幸存者提供免费法律代理服务，并在全国范围内设立了供妇女和女童寻求避难和援助的庇护所。因为这些努力，女性的意识提高了，越来越多的妇女开始向她寻求帮助。通过对虐待案件进行高调的媒体曝光，Davaasuren成功激起了公众对家暴的愤怒感——这种愤怒是明显可以感觉到的。

“我们永远不会放松倡导努力，” Davaasuren宣称，“在蒙古这样由男性主导的父系社会，女人还没有认识到自己可以有多强大。”

她建议说：“要强大，但更重要的是，要集体强大。女人必须一起努力才能实现社会变革。挑战是系统的，而我们的解决方案则是集体的。”

© UNFPA Mongolia

口”资金则主要集中在避孕服务的资助方面，另有一部分则被用于人口调查数据的收集和分析。在各种研究中，健康和人口支出通常都被笼统地归入了“卫生部门”支出，而具体干预项目资金的历史数据则无法轻易解析出来。

20 世纪 70 年代开始的追踪努力揭示了捐赠群体增加对卫生和人口活动支持力度的总体趋势，特别是具体方式。1972 年，多边和双边机构为卫生部门提供的资金接近 9 亿美元（以 1990 年美元计），这一数字到 1980 年增加到了 27 亿美元，而到 1990 年则增加到了 39 亿美元。但是，“人口活动”援助在 20 世纪七八十年代的增长相对较慢。1990 年，人口援助总金额增长到了 9.36 亿美元，约占卫生部门全部外部援助的 20%。双边捐赠者提供了这

© Brian Sokol/Panos Pictures

些人口援助的 60%，联合国机构提供了 22%，开发银行提供了 13%，而私营部门仅提供了 5%（Michaud 和 Murray，1994）。

到 1994 年，性与生殖健康服务相关资金的估算和追踪体系已经比当初要复杂得多。《行动纲领》本身就为家庭计划、生殖健康、性传播疾病包括艾滋病毒的防治和基础研究等领域核心建议的实施纳入了估算成本。当时，国际社会就“估算成本包”达成了共识，并认为 2000 年需要 170 亿美元，2005 年需要 185 亿美元，2010 年需要 205 亿美元，2015 年需要 217 亿美元。各国政府还一致同意，所需资金的三分之二将由发展中国家自筹，而三分之一将由国际社会提供。

需求和成本的日益增加

许多组织和项目都已开始追踪生殖、孕产妇、新生儿和儿童保健相关成本和捐赠援助。比如，家庭计划 2020 倡议在对全球家庭计划资金进行追踪；孕产妇、新生儿和儿童保健伙伴关系在对全球妇女和儿童健康战略相关资金承诺进行追踪；古特马赫研究所则在报告一组生殖健康服务相关资金和支出之间的差距。

这些估算和追踪机制揭示了 1994 年以来资助领域取得的进展和面临的持续挑战。捐赠人数一致都在稳定增加，而捐赠情况则越来越取决于公民社会和私营部门的参与情况（联合国，2014）。

但是，从全球来看，用于满足性与生殖健康需求的资源仍然不足，而捐赠趋势则正在往错误方向发展。1994 年国际人口与发展大会召开后，从发达国家流向发展中国家的性与生殖健康相关官方发展援助迅速增加，到 2011 年就达到了巅峰，即发展中国家每位育龄妇女仅 5 美元多的水平。但是，到 2016 年，这一数字下降了 60%，减到了 4.40 美元。如果将所有海外资金来源包括官方发展援助和私人捐赠都纳入考量，则 2016 年的性与生殖健康援助达到了每名育龄妇女 6.22 美元的水平。尽管意义重大，但如果与需求相比，即便是这些较高数字也仍显较低。

国内资金的核心角色

尽管难以测算，但来自发展中国家自身的财务资源——包括政府和国内非政府组织的资助和私人支出等——占了人口活动支持资金的大部分：这一点是很清楚的（联合国人口基金，2014a）。

许多发展中国家在国内目标和预算与《行动纲领》目标的结合方面已经取得了进展。但是，发展中国家和过渡国家正在进行的金融危机可能会影响他们保持这种发展势头的能力。此外，宗教和文化原因造成的对人口项目的抵制一直都是某些地方为人口项目筹集资源的一大障碍（Cohen 和 Abrams，2002）。

许多国家——特别是最不发达国家——无法为充分满足其公民的性与生殖健康需求筹集必要资源。许多发展中国家都依赖于捐赠援助资助和维持其人口项目（联合国人口基金，2014a）。这对发展中国家在持续时间框架内的规划和预算能力构成了挑战，因为捐赠资金每年都可能变化，从而使发展中国家的性与生殖健康项目可能因捐赠资金的突然减少而出现不稳定的现象。

而且，发展中国家的私人消费者以现金支出形式承担了性与生殖健康成本方面的严重负担。对最贫困和最边缘化群体获取重要服务而言，这具有重大影响。比如，在男性控制家庭可随意支配收入的地方，女性在为自己的性与生殖健康需求付费方面会面临着更多挑战（Starrs 等，2018）。这种现金支出负担还可能对旨在减少发展中国家贫困和收入不平等现象的倡议带来挑战（联合国，2014）。

创新性融资方式正在支持和激励发展中国家将卫生和营养之类资源不足领域的投资列为优先项目并持续维持。比如，2015 年启动的全球融资贷款机构旨在鼓励各国政府增加与可持续发展目标卫生和营养维度相配套的国内支出。同样，比尔及梅琳达·盖茨基金会也在为致力于实现家庭计划 2020 倡议下减少未满足家庭计划需求这一目标的政府提供支持，且正开发和实施特定国别计划，以拓展家庭计划服务。

对援助效果的日益关注

2000 年千年发展目标的启动开启了一个对援助效果更加关注的新时代。这在一定程度上是由于发展中国家因援助关系不平等而产生的沮丧，及对其国内发展进程进行有效规划、协调和主导能力的丧失等因素共同促成的。

在 2001 年《关于艾滋病毒 / 艾滋病、肺结核和其它有关传染病的阿布贾宣言》中，非洲联盟成员国承诺将其卫生支出提高到至少占其国家预算总额 15% 的水平，同时呼吁捐赠国增加相应支持。援助效果高级别论坛的成果（即 2005 年《援助实效性巴黎宣言》、2008 年《阿克拉行动议程》和 2011 年有效发展合作釜山伙伴关系等）强化了以更加有效的方式提供援助的承诺，同时确定将重点放在能力开发和国家的参与和执行等方面（联合国，2014）。

这种对援助效果的日益关注反映在了捐赠人协调架构的开发及在更大程度上认可国家在这些协作中的主导作用和相互问责上（联合国，2014）。世界卫生组织与联合国人口基金针对性与生殖健康援助环境变化所带来的影响进行的一项联合研究发现，人们越来越重视全部门工作方法和减贫策略，以及旨在实现千年发展目标的策略制定。这项研究还发现，可靠、可预测的性与生殖健康资金仍是一大挑战（世界卫生组织和联合国人口基金，2011）。

推动全民健康覆盖

随着 2015 年可持续发展目标的出现，人们的注意力越来越集

变革领军人物

Chea Chantum

作为柬埔寨计划部人口与发展理事会主席，Chea Chantum发挥重要作用，积极推动柬埔寨将国际人口与发展大会上作出的承诺纳入人口、老龄化等若干进步国家政策的核心议题。

在他的监督领导下，柬埔寨家庭计划投资获得显著提高。十几年前，柬埔寨还深受动乱之苦。如今，这个国家的生育率急剧下降，达到与更发达国家相近的水平，孕产妇保健水平也有所提高。

他表示："我们强调人们拥有生育孩子的权利，但也呼吁夫妻考虑他们自身与家庭的福祉。提高教育与增强意识可以极大地推动发展。"

柬埔寨目前致力于将全面性教育纳入5-12年级的国家课程大纲，响应Chea一直以来的呼吁，即尊重青少年的性和生殖权利。Chea还推动成立国家健康股票基金，为全国贫困人口提供免费医疗保健服务。

任职公职人员近30载，Chea以警察身份步入工作岗位，随后攻读农村发展与公共管理学位。农村工作生活的经历使他认识到人口与发展间存在错综复杂的关系。

他回忆道："最初我不清楚人口的重要性，现在我知道人口是发展的重要内容。这激励我尽最大努力去了解改善人类福祉所必须的措施。"

他强调："仅提供几项服务是不够的，我们要让所有人参与到我们的发展中。没有人民，我们就一无所有。只有人民才能推动我们的国家不断发展进步。"

"我们强调人们拥有生育孩子的权利，但也呼吁夫妻考虑他们自身与家庭的福祉。"

©柬埔寨计划部人口与发展总秘书处

中到作为可持续发展目标 3 核心的全民健康覆盖的实现上来了。全民健康覆盖这一理念包含若干原则，其中包括在没有财务困境风险的条件下提供高质量服务、以改善健康状况和健康服务使用方面的公平性的原则。

正如可持续发展目标“不让任何一个人落下”的主题所反映的那样，全民健康覆盖这一理念还鼓励“渐进式实现”。也就是说，从源头上解决不平等问题的卫生体系改革应被赋予优先地位，以便弱势群体能够在与优势群体相同或更高的程度上受益；此外，任何国家都可取得进步，无论其起点高低（Starrs 等，2018）。

全民健康覆盖的愿景是健康服务包不断拓展，而其成本则越来越多地通过统筹资金或保险机制进行覆盖，以减少人们的现金支出。这一理念还强调了可持续发展目标之间的许多跨部门联系，同时承认健康相关目标实现的前景将因健康问题相关的社会和环境等多重因素的改善而得到改善（Stenberg 等，2017）。目前，性与生殖健康方面的成果已通过各种创新性融资计划如奖励券项目、有条件现金转移支付、社会保险项目和基于业绩的监测得到了改

© Mark Tuschman

善（美国国际开发署，2014）。这些创新性干预措施可有效调整并运用于其它情境（Starrs 等，2018）。

为支持这些目标，一些多边机构已经共同启动了一个进程，即全民健康生活和幸福全球行动计划，以加速可持续发展目标的实现。这个倡议旨在加速各国进展，同时强化国内决策，推动不让一个人掉队的、基于权利的公平应对措施，并改进国家和机构的学习状况。在世界卫生组织的协调下，这个倡议将 11 个以健康为导向的多边机构联合起来。这个联合小组将完成全球行动计划的最终定稿，并在 2019 年 9 月召开的联合国大会上提交（世界卫生组织，2018a）。

这些倡议正在为那些资源更充分、资金更具可持续性的机构拓展信息和高质量服务的使用、从而推动女性行使其生殖权利搭建一个舞台。

本章精华

- 随着时间的推移，政府及其它性与生殖健康服务提供者的政策和项目因人们对性与生殖健康理解的加深而发生了演变。各类机构不得不持续调整适应，以满足人们对更广泛性与生殖健康服务不断增长的需求，并向所有地方的所有人拓展权利和选择。
- 各国中央和地方政府、公民社会及私营部门的参与帮助塑造了国际人口与发展大会的宏伟目标和可持续发展目标；这些主体之间的伙伴关系对于这些目标的进展至关重要，且将在其实现过程中扮演重大角色。
- 性与生殖健康服务资金需求的估算和资金流的追踪是有效推动有需求人士权利和选择这一努力的一个重大方面。从全球来看，用于满足性与生殖健康需求的资源仍然不足，而捐赠趋势则正在往错误方向发展。许多发展中国家在国内目标和预算与《行动纲领》目标的结合方面已经取得了进展，但持续进行的金融危机可能会影响他们保持这种发展势头的能力。
- 实现全民健康覆盖是可持续发展目标 3 的核心。这种覆盖包括在没有财务困境风险的条件下提供高质量服务、以改善健康状况和健康服务的使用。旨在推动全民健康覆盖的倡议的出现为推动资源更充分、资金更具可持续性的机构拓展信息和高质量服务的使用、从而实现人人享有权利和选择提供了机遇。

© Laxmi-Prasad-Ngakhusi

实现人人享有的权利和选择：如果不是现在，那是什么时候？

现年60岁的女性，她们在刚出生时，性与生殖权利和选择相对更为有限。那时候，许多人都难以获得避孕药具，而生产时的死亡风险也相对较高。但是，当她们10岁时，变革已经发生，且带来了持续效益。

一些变革当时就惠及了她们，但更多的仅仅惠及了下一代人，即国际人口与发展大会召开时正好 10 岁的女性。但是，即便就这些女性而言，今天的进步仍然不够完整：今天，35 岁的她们拥有了比以前更多的权利和选择，但并非当初承诺过的全部权利和选择。

那么，我们能否为今天那些 10 岁的女孩子们做得更好一些呢？如果历史是一个向导，那答案就是——能，但前提是我们必须以人为本且不让任何一个人掉队。

过去 50 年，性与生殖权利和选择拓展方面的许多惊人进步都是各国政府、公民社会和国际组织共同倡导和推动的。1994 年，国际人口与发展大会为这些权利和选择提供了一个具有远见卓识的全球承诺，并就女性赋权与发展之间的重要关系达成了一项前所未有的共识。25 年后的今天，国际人口与发展大会的愿景仍是人类理想的一个高标，并反映在了 2030 年可持续发展议程及其 17 项可持续发展目标中。

© UNFPA/R. Anis

但是，展望未来，一些老问题仍在，而新问题已经出现。作为未来任务的衡量标准，联合国人口基金及其许多合作伙伴提出了到 2030 年实现三个零的目标，并为此吹响了前进的号角。这三个零分别为：未满足避孕需求为零；可预防孕产妇死亡案例为零；针对妇女和女童的暴力或有害实践为零。

今天年仅 10 岁的女孩子们有权拥有一个人人享有全部权利且能够选择自己生活的世界。

具有变革性质的愿景：基于过去，面向未来

20 世纪 60 年代末，人口增长为人们所恐惧，并被描述为一个正在滴答作响且必须立即通过积极甚至强制性的家庭计划项目予以拆除的定时炸弹。到国际人口与发展大会召开时，国际社会达成了一项共识，即人们拥有控制自己的身体及性和生育生活的权利。当认识到这一权利时，人们通常会作出对自己有利且支持更广泛社会、经济甚至环境利益的选择。今天，2030 年议程也承认，可持续发展取决于全面、高质量的健康服务，包括性与生殖健康服务及性别平等和生殖权利的实现。

但是，在一个经常不稳定且麻烦丛生的世界，任何收获都是脆弱的。一些人正在高歌猛进，但许多人却被落在后面且被甩的很远。疫病、冲突和气候变化正在破坏进步并阻碍权利和选择。在一些国家，不断萎缩的人口已经开启了旨在推动人们生育更多孩子的新型人口政策，而在另一些地方，对人口增长的担忧则再次出现。迁移之类的其它人口变迁——在许多情况下反映的是根深蒂固的不平等和危机——加剧了不宽容现象。贫困仍然深刻且无法撼动，即便在许多总体上较为富裕的国家也如此。保守主义和原教旨主义阻碍了进步并虎视眈眈地企图颠覆目前已经实现的一切。

以人为本

对许多国家而言，最大限度地从现有成就中受益、克服各种

障碍并拥抱一个更加美好的未来——包括 2030 年议程憧憬的未来——必须从兑现国际人口与发展大会的承诺开始。这些承诺包括以人为本，即捍卫人们的性与生殖权利和选择，以及当前和未来世代的发展权。

国家的法律制度应就这些权利作出明确承诺，并消除残存的歧视性规定，如阻止年轻人、未婚人士、移民、性取向和性别认同多元化人群使用服务和避孕药具的禁令。只有如此，这些承诺才能通过设计得当的人口和发展政策转化为实践。而且，这种政策须将惠及那些选择最少且在权利实现方面缺失最大的群体作为一项要务。

认识到可持续发展与人口动态之间的复杂互动，人口问题还应涉及更广泛的发展规划和投资，并成为 2030 年议程所要求的统筹发展方法的一部分。这些努力应反映影响性与生殖健康及权利的所有因素，包括教育、就业、住房和粮食安全等。

担心人口萎缩的国家可采取行动确保重要的性与生殖健康服务可随时为所有人享受到。此外，这些国家可能还要扩大家庭友好型政策的覆盖范围，以帮助人们行使其组建或扩大家庭的权利。为此，这些国家可采取向男性和女性提供带薪产假、向家庭提供税收优惠、实施灵活工作安排、提供可负担得起的住房等措施。就业适龄人口比重较大的国家可通过确保年轻人享受高质量、全面、重要健康服务及高质量教育并有机会获得体面工作等方式促进生产率的提高并更好地利用潜在的人口红利。

在国家卫生政策内部，性与生殖健康应从往常的边缘角色上升为中心角色，以匹配其对人们总体健康和幸福造成的影响及个人和夫妻赋予它的重要性。为此，各国可指导其初级卫生保健向最近《阿斯塔纳宣言》确定的定义靠拢，即初级卫生保健是将预防、治疗、性与生殖和心理健康等服务融为一体的保健服务（世界

© UNFPA/Live Images

卫生组织和联合国儿童基金会，2018）。国家的性与生殖权利“检查”则可对法律、政策、预算、服务、意识提升及其它活动是否与这些权利相符进行评估。

贯穿整个生命周期的权利和选择

人口特征近年发生的显著变化，特别是不同年龄群体之间的变化，已经使人们更加重视生命周期方法在规划和政策制定过程中的价值。公共服务及其它干预应在生命开始时就介入，在每一后续阶段延续，并在此过程中相互强化，直至老年阶段。

这有助于各国实现处于不同生命阶段人群的权利，并促进投资影响的最大化。儿童和青少年将拥有使其胜任职场成年人所需的健康和教育。成年人将拥有使其为经济作出高效贡献、照顾家属并应对老年生活所需要的体面工作和家庭计划支持。老年人则可利用其积累的资源维系其生活质量，并继续为家庭和社会做贡献。生命周期方法有助于减少与年龄相关的不平等现象，指导人们的资源消费选择，从而实现当前与未来世代之间的需求平衡。

拥有最低限度福利安全网的社会保障体系应为处于所有生命阶段的人所有，以确保人们能够维持一定程度的、与其权利相符的尊严、选择和幸福。就业政策应适应劳动力市场的迅速变化，以确保就业稳定和质量。为此，各国可实施一系列重要的健康和社会保障福利并推动终身学习。

© Chien-Chi Chang/Magnum Photos

未竟议程：获得高质量服务

50 年来，人们对性与生殖健康服务性质的理解已经逐渐发生了变化。响应国际人口与发展大会的呼吁，之前近乎以避孕为全部内容的性与生殖健康拓展到了全面的性与生殖健康服务。今天，全民健康覆盖已经成为可持续发展目标 3：全民健康和福祉的一个主要强调点。

普遍服务包

性与生殖健康服务需求未得到满足的程度在边缘化群体中最高。这些群体包括少数族裔、年轻人、未婚人士、女同、男同、双性恋、跨性别者和双性人群体、残疾人、农村和城市贫困人群等。在较贫困妇女中，不仅未满足避孕需求更为明显，而且孕产妇死亡率也明显更高。

服务质量低下、设施和物资供应不足、法律歧视、服务提供者的鄙视等都是妨碍妇女和女童使用服务的障碍。确保长期被排斥群体充分实现他们的权利可能是艰难的，成本高昂的，但必须是完成国际人口与发展大会议程并实现 2030 年可持续发展议程的努力的重中之重。服务不仅要真正进入这些群体的生活，而且要根据他们表达的需求量身定制，要保密并不带任何评判或胁迫。

所有卫生体系都应确定一个由普遍提供的、综合、高质量性与生殖保健服务构成的基础服务包，并在初级卫生保健和转诊层次提供。国际人口与发展大会认为这种服务包应包括家庭计划、怀孕、性传播疾病、不孕不育和合法情况下的安全人工流产、生殖系统癌症转诊等服务。总体而言，综合服务在应对多重需求方面（如产前和产后的避孕咨询）能够做得更好。

薄弱的孕产妇和儿童健康项目需要通过营养、粮食安全和女性赋权等相关项目进行强化。比如，利用孕产妇保健专题基金，联合国人口基金通过助产士培训，将全面性与生殖健康服务纳入产科急诊和新生儿护理设施等已得到证实的干预措施为那些孕产妇死亡率特别高的国家提供了帮助。

考虑到其可能引起的从教育中断到有病不治等系列不利后果，国际社会还有必要采取更加一致的努力终结月经相关禁忌和误传，并强化经期卫生管理相关设施和服务。

通过消除性和性别取向多元化群体面临的服务和信息障碍，许多国家在捍卫人人享有的权利和选择方面可以做得更多。这些障碍的消除可从培训卫生保健工作人员、加强他们的敏感性以避免歧视并满足特殊需求开始做起。

创建联系，终结暴力

在预防和应对性别暴力这一全球普遍存在的权利侵害问题方面，国际社会仍然存在着重大不足。庇护系统——尽管妇女组织已经作出了专门努力——目前在许多地方仍然微不足道或根本就不存在。综合服务模式值得引入或升级，以帮助女性随时寻求健康、司法、社会心理、就业及其它形式的组合式支持，从而帮助她们寻找安全的容身之所并开始重新生活。培训警察和司法官员以应对性别暴力相关特殊情形的成功经验也可在更大范围内分享和复制。

生殖健康服务、性别暴力预防和保护倡议与女性经济赋权项目之间可以打造更加强大的联系。这种联系可以是筛查和转诊系统这种非常基础的联系。有了这种联系——比方说——寻求家庭计划服务的女性就可报告其它需求和风险，并在适当情况下被转诊至其它服务。

对服务对象负责

除资源不足外，服务质量缺失的另一个主要原因是对服务对象的责任和回应的缺失。更加强

© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

大的卫生信息管理体系以及系统地记录和分析所有孕产妇死亡案例以明确服务不足之处的努力，将提高各国对进展实施监测并确认其服务惠及那些最边缘群体的能力。在这方面，一个积极趋势是采用最低限度的服务标准和投诉程序。在卫生保健实施私营化的地方，监管应反映这些标准并要求私人服务提供商尊重所有用户的性与生殖健康及权利。

让妇女团体及其他服务使用者代表参与政策和服务决策在改善服务质量方面也可以取得相当大的成效。将简单的随访调查发送到用户手机上并要求用户直接对服务质量进行评价的作法就是一项可以进一步改进的制度。这种调查结果可用于对服务提供者的表现进行评估。这种方法不仅可改善服务，而且可以鼓励服务的使用。

将青少年纳入

作为一个群体，青少年一直都缺乏性与生殖健康服务，尽管国际人口与发展大会承诺为他们提供这类服务。法律规范和长期作法是他们享受性与生殖健康服务的拦路虎。此外，互联网的诞生也带来了一些新问题。在提供海量正确或错误信息的同时，互联网也带来了网络欺凌和性走私之类的风险。

青少年有权接受教育和赋权，以帮助其作出选择和保护自己。这种权利可通过纳入学校课程的措施如全面性教育加以支持。这类措施不仅要惠及所有在校学生，而且要惠及不在学校学习的男童和女童。这类项目应提供相关信息，但为了实现最大效果，同时还应致力于提高青少年的自尊，加强他们对人权和积极性别规范的理解，并开发他们的决策和沟通技能（Starrs 等，2018）。

面临生育挑战

在全球范围内，多达 1.8 亿夫妻面临着潜在的不孕不育问题，而其后果可包括心理痛苦、亲密伴侣暴力和污名等（Starrs 等，2018）。不孕不育问题的重要推手包括工作和家庭方面的各种变化——这些变化导致越来越多女性不得不推迟生育，直至进入面临生育挑战的高龄阶段。此外，糟糕的健康状况和首次怀孕期间护理的缺失也可导致再次生育方面的困难。

对于那些有资源的人而言，人工受精之类的辅助生殖技术也是一个选项。但是，鉴于生殖权利的普遍特征和全民卫生保健的原则，这种选项不应与支付能力相挂钩。拓展这类技术的使用需要国际社会制定适当的伦理准则和医疗标准，降低令人望而生畏的成本，并将技术获取能力拓展至处于不同发展阶段的国家中去。此外，人们还可提高不育不育预防和应对方面的意识，而在某些国家，还可根据性与生殖权利变革不孕不育治疗、收养和代孕方面的法律。

生殖系统癌症负担的日益增加

在所有国家，癌症负担都在不断增加。特别是在中低收入国家，这种负担随着人们寿命的延长而出现了显著增长。其它风险则与现代工作导致的身体活动程度的降低相关。前列腺癌、乳腺癌及其它形式的生殖系统癌症占癌症总体负担的比重相当大（美国癌症学会，2016）。因此，常规筛查——包括使用既有技术和基因检测之类新技术进行的筛查——应予以拓展并成为初级卫生保健不可分割的组成部分。毕竟，这类技术的成本目前正在下降。与基于权利的方法相一致，对知识产权相关程序进行审查、加快公共福利型技术从研发到广泛投入使用的速度等措施都是为加快这类技术为人们所用而可以考虑的部分努力。

一项已经得到证实的预防工具是就导致大多数宫颈癌的人乳头瘤病毒（HPV）实施免疫。目前，55 个国家 9-13 岁的女童已经接受了人乳头瘤病毒疫苗的常规接种。随着一种新的成本较低给药时间表的出现，其它国家也可考虑采用这一预防措施。

将老龄化纳入考量

国际人口与发展大会指出了一个事实，即老年人显著的性与生殖健康问题通常并没有得到充分应对。随着越来越多的国家老年人数量的不断增加，卫生系统要开始应对随着年龄的增长而增加的性功能问题、艾滋病毒及其它性传播疾病、生殖系统癌症等问题。

对心理健康予以更多关注

尽管国际人口与发展大会宣称“所有人都有权享有达到最高可实现标准的生理和心理健康”，但在心理健康方面的关注和资源投入与生理健康相比远远不足。实际上，心理健康问题可对权利和选择产生显著影响。

比如，产前和产后抑郁仍是世界范围内的一个普遍问题。意外怀孕则与这种抑郁期的延长相关。持续得不到满足的家庭计划需求、使用避孕药具的负面影响、性关系中权力的不平衡（包括意外怀孕之后的暴力应对等）都是对妇女和女童心理健康造成风险

的因素。目前，自杀仍是青春期女孩死亡的一个重大原因。

在最低限度上，生殖健康服务应有在这些问题上接受过培训的服务提供者，同时应有发现和应对这些问题的筛查和转诊程序（世界卫生组织，2009）。这些努力的开展应伴以对人权和尊严的尊重，同时应着力减少心理健康疾病通常仍会带来的显著污名问题。

最重要因素：赋权和平等

国际人口与发展大会使人们对妇女就其身体作出选择的基本权利给予了历史性的关注。这是一种基础性的权利，是妇女学习、工作、在公私环境下自由活动并享受自由时间的基础。自 1994 年起，在世界任何地方，妇女和女童都已被纳入了教育和职场体系。总体而言，她们比以前更健康了，而在家庭计划方面的能力也更强了。

但是，女性工资仍然更低，在养儿育女这种无偿劳动中的奉献仍然更大，而在从公司董事会到议会的大多数决策岗位上仍未实现平等。性别暴力仍然没有得到应有的惩罚，有害传统仍然导致女童们的身体被残害，甚至是早婚早育。

挑战性别规范

歧视性性别规范仍是妇女和女童取得进步的最显著障碍。它们存在于所有生活领域，赋予女性以二等公民地位，阻碍了她们的权利并限制了她们的选择。高质量的全面性与生殖健康信息和服务必须拓展至所有女性。但是，是否可以享有性与生殖健康信息和服务可能还取决于她们的丈夫是否愿意让她们离家，取决于大众媒体传递的信息，取决于性和生育方面的社会标准或宗教及其他权威人士的说教等等。赋权通常是作为一个总称使用的，指女性拥有自由选择的权利，但实际上，许多因素均可减少女性的选择，如她们的经济能力、家庭地位及更加广泛的社会、经济和政治环境等。

性与生殖健康服务机构在应对现实中的性别角色和规范方面应该更加有效。但实际上，许多服务机构目前仍是自上而下的服务提供商。因此，一种充满尊重、植根于双向沟通且不进行评判的接触模式可能有助于个体思考并确定自己的性与生殖健康目标，并理解其实现方法。服务提供者应就性别歧视规范和行为接受培训，因为其中许多目前仍未受到任何质疑。此外，他们还可学着询问女性们在服务机构遭遇的歧视性障碍并直接或通过转诊为她们提供协助。

社会意识和行为领域的广泛变革运动有助于更积极、更广泛为人们所接受的规范的实现。目前，旨在终结校园性别定式——包括那些迫使男孩子和女孩子采用某些学习形式的作法——的措施仍然不足。媒体工作应致力于减少那些经常泛滥成灾的刻板性别印象，并增加对女性声音和观点的宣传。与宗教领袖合作的成功经验应予以深入研究和复制，因为这些人对社区和家庭有着深刻的影响。

终结所有有害实践

一些危害最大的性别规范导致了童婚和逼婚、女性生殖器切割、选择性终止妊娠和杀婴的重男轻女等有害作法。这些作法必须彻底铲除，而其第一步，则是制定清晰明确且实施有力的法律规定。目前，人们通过由联合国人口基金与联合国儿童基金在女性割礼比率较高的国家合作实施的项目等，在社区解释这些做法造成的危害并就弃童问题达成共识方面已经取得了一些进展（联合国人口基金和联合国儿童基金会，2018）。

普璐曼 (Lilianne Ploumen)

2017年，美国实施了一项旨在限制生殖健康服务资助的政策，但是，这项法案并没有让普璐曼保持沉默，实际上反而促使她大声疾呼。当时，作为国会议员和荷兰外贸和发展合作大臣的她呼吁全球女性发出自己的讯息，即除了女性自己，没有人能够就女性身体作出任何决策。

“SheDecides（由她自己决定）”运动诞生了。一开始，它只是网络上的一个话题标签，然后，这一话题演变成了一场承诺大会，并从政府、基金会和慈善家那里募集了2亿美元资金。再后来，一个众筹平台诞生了。5万多人在这个平台上签署了宣言，致力于确保“由她自己决定”，而法国和南非的部长们也相继加入，成了致力于推动这一运动发展的40名显赫领军人物的一分子。

“几十年来，勇敢、不知疲倦且充满智慧的组织和个人一直都在为妇女和女童身体自主和全面保健方面的问题而努力。突然之间，整个世界都开始关注他们了，”Ploumen说，“【我们】正在拥抱一种将所有人——来自各行各业的人——集中起来支持‘由她自己决定’这个观念的新力量、新语言。”

全部包括在内，普璐曼估计每年至少要筹集6亿美元才能弥补“闭嘴法案”造成的损失。所谓“闭嘴法案”，实际上是美国作出的一项旨在禁止为提供人工流产咨询或转诊服务或倡导人工流产无罪或拓展人工流产服务——即便是在合法的地方——的机构提供资助的政策决定。

作为鹿特丹的一名前社区外展工作人员，普璐曼曾领导过旨在推动妇女权利的Mama Cash这一基金，并在救济与发展援助天主教组织（CORDAID）这一主要救助和发展援助机构管理过国际项目。在全球任何地方，她都亲自目睹过规范、价值观、法律、条文和习惯是如何共同防止女性实现其潜力的。

“这些成文和不成文的规则必须改变，”她说，“在这里，我呼吁所有人发出自己的声音，团结一致，呼吁自己的政府和组织站出来支持变革。”

“【 我们 】正在拥抱一种将所有人——来自各行各业的人——集中起来支持‘由她自己决定’这个观念的新力量、新语言。”

© Lex Draijer from Flickr

对女童权利和潜力的积极倡导可改变将她们作为家庭负担或家庭劳动力对待的趋势。在女童们留在学校学习且最终获得体面工作的地方，包括实施有精准现金转移计划的地方，女童们将实现她们的权利，而她们的父母和社区也将看到她们的能力和希望。

推动男性参与

大多数生殖健康项目都严重向妇女和女童倾斜，因为生育是在女性身体内发生的，且女性在权利和选择的行使方面仍然大大落后于男性——这些理由都是有道理的。但是，男人和男童也必须参与——这既是为了让他们加入推动性别平等的努力，也是为了响应他们的权利和具体需求。

越来越多的干预措施支持男性在生育过程中发挥积极动力的作用。旨在促进交流、减少冲突的夫妻辅导和强调女性赋权、男性角色和义务的全面性教育都是这类措施的例子。其它倡议则与男性团体合作，重新对有害男性规范进行定义，并打破导致性别暴力的性别模式。男性亲子假能够使他们从一开始就参与育儿努力，因此应加以推广。男性在女性产前和产后的参与能够带来许多好处，包括降低产前和产后抑郁几率、改善产后护理等（Starrs 等，2018）。

在许多情况下，性与生殖健康项目须明确惠及作为服务对象的男性，家庭计划和性传播疾病的预防服务都应如此。男性避孕方法及男性性功能障碍和生殖系统癌症的应对等方面的投资应予以增加。在男性因担心示弱或认为诊所主要是为妇女和儿童服务的等原因不愿意求医的情况下，还要开发特定形式的外展和辅导服务。

均衡化

对于太多的女性而言，经济都没有发挥应有作用来维护她们的性与生殖权利及选择。比方说，女性从事不稳定工作、获得微薄工资的比例过高，而享受的社会保障又偏低。新的包容性增长模式应该具有性别公平性，且强调“均衡化”，包括消除失业领域的性别鸿沟、增加男女体面工作岗位但将重点放在女性工作岗位的增加上的作法（Elson 和 Fontana，2019）。

在世界上任何地方，包括那些在性别平等方面已经取得重大进展的国家，女性承担的无偿护理工作都更多，而这减少了她们从事有偿工作和娱乐的时间，是不公平的。在全球范围内，女性占 40% 的正式劳动力，但她们从事的护理和家务工作却是男性的

2-10 倍（Starrs 等，2018）。 对许多妇女而言，即便只生一个孩子也要违背自己的意愿离开职场很长一段时间，或者不得不疲于应付职场和家庭两端。一些人因此在收入和健康方面付出了惨重代价。

负担得起的住房、清洁能源、安全的公共交通方式、洁净饮用水和卫生及健康、教育和育儿等服务都有助于减少女性的无偿工

© Pep Bonet/NOOR

作量（Starrs 等，2018）。在这些无偿工作所消耗时间的测度方面，我们目前仍需要更好的证据，以便确定那些有助于性别平等、有助于惠及那些被落得最远的人的服务和基础设施投资。成本核算有助于确定服务和基础设施对公共支出的影响程度，以及产生生产性就业和税收增加之类回报的程度（联合国妇女署，2018）。

另一方面，我们应鼓励男性承担起他们应该承担的那份责任来。

除实现女性权利这一要务外，越来越多的国家开始认识到，“均衡化”可为人口转型提供额外动力，并产生女性人口红利。受过良好教育、身体健康且实现了生殖权利和选择的女性可为高效、繁荣的经济做出重大贡献。

危机时代的服务衔接

从难以调解的冲突到气候相关灾害，今天的世界很容易遭遇各种危机，并因此而时不时地对人们的权利和选择造成限制。有鉴于此，国际人口与发展大会呼吁国际社会为那些被迫离开家园或处于弱势情境的人提供保护，包括性与生殖健康服务方面的保护。

© Holly Pickett/Redux Pictures

危机绝不能使权利和选择处于停顿状态。但是，经济支持一直都落后于迫切需求。对于一个逃离灾害的孕妇而言，熟练的医疗服务对她和孩子生命的重要性绝不亚于食物和住处对她们的重要性。

生殖权利和选择必须成为所有国际危机应对行动不可分割的组成部分。从政府到非政府组织的所有人道主义参与机构，不论公共机构还是私营机构，都应适用最低服务标准，以终止和应对性暴力、减少艾滋病毒传播并预防孕产妇和新生儿疾病和死亡。只要条件允许，全面性与生殖健康服务即应尽快到位。

追寻机遇

尽管我们永远不希望看到危机发生，但危机可为人们提供改善权利和选择的机遇。实际上，危机可以得到更好的利用。比如，在危机中，人们可实施各种项目，使人们有机会了解性与生殖健康、挑战性别规范或就性别暴力寻求庇护——对某些人而言，这些活动很可能是他们的第一次尝试。在颠覆状态中，妇女和女童可能会探索新的角色，如接受就业培训。此外，在危机中，人们可增加社会心理服务和心理健康方面的投资，因为服务不足可能很快就会导致各种后果，如风险性及其它行为的出现、健康的恶化、性别暴力的发生等。

时刻准备着

并非所有危机都是可以避免的。时刻准备着意味着将旨在管理灾害和降低风险的计划提前落实到位。在预先部署物资应对灾害的情况下，这些物资应默认包括避孕药具、安全分娩工具箱及其它生殖健康重要物资。综合服务模式有利于预测保持服务连续性所需的人员和措施。所有这些

变革领军人物

潘迪(Sheshkala Pandey)

潘迪本来念八年级时就要结婚。但是，现在19岁的她还在上大学，辅导其他女孩子。最近，她还获得了一项国家荣誉，即无名英雄奖。

在她出生时，这种进步几乎是不可想象的。在潘迪所居住的尼泊尔南部贫困不堪的社区，女孩子一般都是越早嫁越好，尽管法定最低婚龄为18岁。对许多女孩子而言，由于没有机会完成学业，婚姻是她们进入无尽贫困和无权状态的起点。

但是，潘迪认定，这绝不应该是她的命运。当结婚这件事第一次在家里被提起时，她先是哭了。之后，她制定了一个商业计划，从哥哥那里借了点钱，设立了一个制作手工艺品的小企业，在当地市场上销售手工艺品。幸运的是，她挣的钱足够支付她的学费。在她的家乡，学费高得足以迫使父母们让女孩子辍学，并急着把她们嫁出去。

对潘迪而言，自己生活的改变仅仅是一个起点。今天，在非学习时间，她就在当地一所寄宿学校兼职当老师，以养活自己。此外，她还是一个30人组成的、当地政府和联合国人口基金共同支持的“女孩圈”项目的负责人。这个项目旨在动员人们反对诸如童婚和性虐待之类的有害习俗，并呼吁女孩子不要辍学。当成员们听说哪里要举行童婚时，他们就会介入阻止。有一次，他们甚至阻止了一场正在举行的婚礼。

“我们要改变社会，所以为什么要被路上的障碍吓倒呢?”

“我鼓励‘女孩子们’要勇于反抗针对她们的各种无良暴力，” 潘迪说。之后，她又补充道：“我们要改变社会，所以为什么要被路上的障碍吓倒呢?”

潘迪在为他人指明出路方面表现出来的勇气意味着，在她所在的社区，越来越多的女孩子如今选择继续在学校学习。母亲们会来向她咨询怎么才能让自己的女儿变得跟她一样的问题。她是一种新规范的先行者。在这种规范下，女孩子应该被珍视和鼓励，而不是以童婚方式被抛弃。

© UNFPA Nepal/S. Chhetri

努力均应有不断增加的灾害风险资金的支持，而这类资金往往是不充分的。一个可能的做法是召集由保险监管机构、灾害管理机构和相关部委（包括从事健康和性别平等工作的机构）组成的国家风险委员会，利用他们的专业技能开发指导意见。

打造抗压力

一些最好的灾害防护措施是在人们有适应力并有保护自己手段的情况下出现的。提供充分性与生殖健康服务的强大卫生保健体系可降低人们的脆弱性，并改善人们拥有的选择。另外，全民享有的社会保障项目可维系边缘人群的健康、教育和收入三大抗压支柱。这些因素可决定人们是否且在多大程度上能够安然度过危机，为人们是逃还是留的选择提供指导，并为他们在没有外部人道主义援助的情况下度过危机。

加速完成国际人口与发展大会议程

为完成国际人口与发展大会的未竟事业，并以现实姿态推动2030 年议程和可持续发展目标及三个零的目标——即未满足避孕需求为零、可预防孕产妇死亡案例为零、针对妇女和女童的暴力或有害实践为零等目标的实现，大多数国家都可在近期成就的基础上百尺竿头更进一步。目前，

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos

许多国家已经有了人口与生殖健康相关基本机构和政策，但仍需进一步向那些被落在最后的人群延伸，改善服务质量并应对人口与发展领域的新兴变化。此外，他们还要基于目前往往很少的正确证据和已经增加但仍显不足的适当投资制定战略规划。

设立适当机构

“头痛医头脚痛医脚”的方法是实现不了权利和选择的。实际上，整个卫生体系都要强化，才能为人们提供终身所需的全部关键服务。《柳叶刀》最近发布的一项研究成果就大多数国家实现可持续发展目标下的卫生指标所需要的成本进行了估算，并预测说，卫生体系的强化——如卫生工作者和设施的增加，还需要约四分之三的额外投资（Stenberg等，2017）。在许多发展中国家，尽管出现了卫生及其它公共体系的权力下放趋势，但在地方能力的改善、充分融资的保证和以灵活方式响应因地而异的需求等方面仍然还有许多工作要做。

考虑到可持续发展目标之间的整体属性，全民健康覆盖的国家愿景要求在健康问题特别是性与生殖健康问题的各个决定因素之间建立强大的联系。比如，清洁的环境可为孕期健康提供支持，还可降低生殖系统的癌症风险。体面的工作可以提供较高收入和自主性，从而有助于女性实施家庭计划。教育能够使年轻人作出知情和健康选择。正如在一些国家已经成为现实的那样，汇聚不同领域智慧的国家机制有助于加深人们对不同问题相互影响并相互强化方式的理解。

自国际人口与发展大会召开以来，由于公民社会和非政府团体在政策和规划领域的广泛参与，权利和选择方面的问责力度出现了强化趋势。许多进展得到了联合国人口基金的支持。目前，与这些团体的接触仍在通过生殖健康物资联盟和家庭计划 2020 之类的倡议持续进行和演变中。这些团体可以将人们的注意力导向那些在可持续发展目标和指标中没有出现的性与生殖健康服务上去，而这些服务往往在政府政策和投资选择中的地位比较低。

在某些情况下，加强网络和能力建设可能是涵盖更广泛公民社会和非政府团体众多努力中的一项优先工作。这些团体不能只是那些具有国际或国内背景的团体，而必须包括来自小型社区和边缘化群体的团体。在许多情况下，青年人、老年人、性少数（LGBTI）群体、残疾人、土著人士及其他少数群体的参与都有提升空间。在同一群体内，还应注意不同层次的多样性，如具有贫困背景的年轻女性。

其它形式的问责方式还包括将性与生殖健康及权利刻意纳入国家人权机构的监督职责、开展议会审查等。司法系统的能力可予以进一步强化，以减少歧视性法律实践——因为即便在法律符合人权标准的情况下，这种歧视性实践仍可能顽固存在。

寻找资金

事实证明，追踪给予国际人口与发展大会承诺的资金相当具有挑战性，尽管迹象强烈表明，这类资金仍然存在不足。国际人口与发展大会曾经规定，所需资金的三分之二将由发展中国家自筹，而剩下的三分之一将由国际社会提供。

就资金优先去向而言，公立卫生服务机构通常会提供孕产妇、新生儿和儿童保健及家庭计划服务，尽管力度略低。艾滋病防控服务在艾滋病流行区域获得了比较多的捐赠资金，而不孕不育、生殖系统癌症和性暴力等领域接收的国内外资金要少得多（Starrs等，2018）。在基础性与生殖健康普遍服务包的拓展过程中，均衡分配资金将是一个重要因素。

丹尼 (Dany Stolbunov)

丹尼，现年20岁，曾经对他的乌克兰医生无比崇拜和信任，以至将自己想去医学院学习的梦想告诉了他。本来想从他那里得到肯定，没想到，他得到的却是否定。

“你不能做医生，”那位医生告诉他，“你有艾滋病毒！”

作为一生下来就携带艾滋病毒的人，丹尼在8岁的时候才知道自己的携带状况。那一年，他的父亲死于艾滋病。在长大成人的过程中，他亲眼目睹了围绕着艾滋病毒和艾滋病仍然存在的污名化现象，甚至那些身处治疗第一线的医疗系统工作人员也难免于此。作为一名年轻成年人，他下定决心要为减少医疗服务领域的歧视而斗争。

“我们是第一代生下来就携带艾滋病毒且能够公开谈论这一病毒的人，”他在2018年国际艾滋病大会上告诉与会者。国际艾滋病大会是国际社会就艾滋病这一问题而召开的规模最大的会议。

作为Teenergizer!这一乌克兰组织的领导者，丹尼在大会中参加了《不要告诉任何人》这一文献剧的表演。这部戏剧展示了艾滋病毒携带者在东欧的生活状况并呼吁人们倾听作为艾滋病毒携带者的年轻人的声音。

作为一个由青少年创建并服务于青少年的组织，Teenergizer! 倡导所有青少年充分实现其潜力和权利，并终结所有形式的歧视，包括针对艾滋病毒携带者的歧视。即便在全球范围内，艾滋病毒已经是10-19岁青少年死亡的一大主因，但年轻人仍未被视为艾滋病毒相关服务的优先人群，哪怕是在基本信息服务的获取方面。

丹尼还是“The Pact”——一个由80多个青少年主导的组织和网络组建的联盟的联合主席。这个联盟致力于推动性与生殖健康及权利并在2030年之前终结艾滋病。他宣称：“我们不奋斗，就不会有任何东西给我们。我们随时准备为自己的权利而斗争。”

“我们不奋斗，就不会有任何东西给我们。我们随时准备为自己的权利而斗争。”

© UNICEF/Vlasova

一项研究估计说，对于希望实现可持续发展目标下所有健康指标的大多数国家而言，它们在2030年之前每年仍需多达3710亿美元的投入，而最初每年只需要1340亿美元（Stenberg等，2017）。这些投资将产生丰硕成果，其中包括将孕产妇死亡率降低近一半、阻止4亿例非计划生育、防止1080万例因艾滋病毒/艾滋病造成的死亡等。

中等收入国家在自筹所需资金投入方面条件优越，它们设定的目标甚至比这还要高，这项研究总结说。低收入国家将面临融资缺口问题，因而继续需要外部资金支持，但即便是那些最贫困的国家也可以追求一定程度的全民健康覆盖。所有国家都需要根据公平和惠及最落后群体的原则及人权承诺确定其投资的轻重缓急。目前，那些已成功为其服务拓展融资的发展中国家采取的措施包括利用税收收入为目标群体提供补贴、提高政府健康保险计划的参与率、减少家庭现金支出、扩大政府在健康总支出中的份额等（Starrs等，2018）。

基于权利的预算方法能够为选择提供指导，而且有助于确定新的优先项目，如增加最贫困社区普遍享有全部避孕药具这方面的资金分配、以渐进方式调整税收政策以创收并扩大服务等。

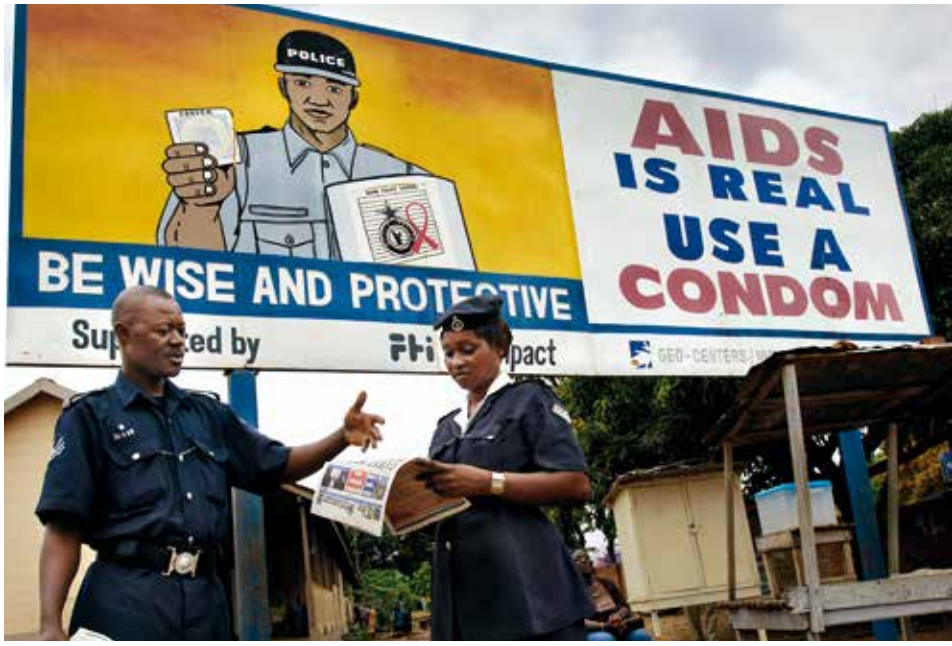
目前，每年都有1亿人因健康成本原因陷入贫困（Starrs等，2018）。集资或保险计划可能是减少人们现金支出的步骤之一。奖励券项目、基于绩效的融资、社会保险项目和面向家庭的有条件现金转移支付已经改善了一系列情境下的性与生殖健康状况（Starrs等，2018）。在某些国家，卫生服务私有化可能确有其合理依据，但私有化的实施不应将无法承受的价格强加于较贫困和较年轻群体，从而导致这些群体权利的丧失。

除国内资金外，各种外部因素也对卫生保健资金构成了限制，因而必须予以解决。在这类因素中，首先就是官方发展援助和人道主义援助方面全球承诺的兑现。其它重大挑战则包括为偿还债务而对重要服务实施严格的支出限制，因而违反人权的问题。

评估形势

旨在充分实现生殖权利和选择的政策、规划和投资必须以适当证据为基础。自国际人口与发展大会召开以来，相关数据收集工作已经得到了改善。但是，覆盖率和数据收集、分析方面的能力仍然存在不足。由于有效行政

© Sven Torfinn/Panos Pictures



实现三个零的突破

避孕药具得不到满足情况为零

可预防的孕产妇死亡数为零

针对妇女和女童的暴力或有害实践为零——需要雄心和承诺。

数据来源如民事登记体系的缺失，调查通常仍是弥补数据不足的一个权益之计。

大多数国家仍然缺乏分类数据，使得准确理解和应对边缘化社区现状之类的问题或评估在不同区域或城市、城市周边和农村地区之间的差异成了一项不可能完成的工作。生殖健康方面的数据往往聚焦于育龄期已婚妇女，而对单身女性、年轻人和老年人或性少数群体则没有予以充分关注。在全球所有国家和地区中，

© Filippo Monteforte/Getty Images

仅有约三分之一拥有可靠的孕产妇死亡率数据（联合国妇女署，2018）。其它重大不足还包括性与生殖健康及权利相关领域投资数量、无偿护理工作的范围、性传播疾病的监测、性别暴力的程度等问题的评估。此外，多种歧视之间交叉现象的追踪努力仍然较少，而人口年龄结构的变化亦然——尽管这种变化对发展有着深刻的影响。

2030 年议程对监测工作的大力强调为弥补这些不足提供了机遇，特别是在国际人口与发展大会相关目标的监测可直接服务于可持续发展目标核心目标的监测的情况下。利用新技术并进行创新，即将于 2020 年开始的多轮普查可贡献于在 2030 年议程的框架下更新数据并对其进行分类这一目标。现在，技术为数据收集的改善提供了越来越多的选项，地理空间信息和手持电子设备的使用就是这方面的例子。开放源软件提供的建模工具为将数据运用于人口、性与生殖健康及权利和可持续发展等不同维度之间的互动评估提供了新的选择。

“三个零”目标的实现

过去 50 年，变革已经深入人们的生活和不同世代。今天，许多女性已经过着比她们母亲那一代更好的生活，而她们的女儿甚至可以比她们过得还要好——当然，这也是当今女性的美好希望。但是，这种希望很大程度上取决于全民性与生殖权利及选择的实现。“三个零”目标的实现——即未满足避孕需求为零、可预防孕产妇死亡案例为零、针对妇女和女童的暴力或有害实践为零——需要雄心和承诺。前面的路并不是笔直的，也不是毫无挑战的：实际上，它布满了障碍。但是，人们在权利和选择的主张方面已经走了很远，并将继续前行。毕竟，历史是站在他们这一边的。

© UNFPA/M. Bradley

比妈多，但比女儿少

她们都是 35 岁，都有自己的孩子。一些人还在生孩子，一些人则正在考虑要不要再生。不像她们母亲中的许多人那样，她们大多数没有待在家里，而是在外面工作。她们或者是社区领袖，或者是家里的顶梁柱，当然还有许多其它角色。

她们中的许多人都有她们母亲从未做过的梦想。她们享受着服务，而且有机会挣得一份收入，从而有能力为自己争取一些生育权利和选择。但是，这些权利和选择中的一部分要归功于她们 10 岁时在开罗召开的国际人口与发展大会。

但是，到目前为止，往最好的方面讲，这些权利和选择也只是部分实现了，而对于那些处于经济体最底部的女性而言，情况尤其如此。限制因素太多了：受教育不足；体面工作的缺失；卫生保健成本的上升等等。即便是那些高层次岗位持有者在生儿育女方面也仍然面临着严峻的经济压力。

这个世界兑现了他们向开罗人发大会之后的世代许下的诺言吗？至少还没有全部兑现！还没有！

这些 35 岁的女性都是乐观和无畏的。她们相信，自己孩子的未来会更加美好。但现在，她们的经历却告诉了我们一个事实，即我们目前走得还不够远、未来还有更多工作要做。

© UNFPA/M. Bradley

“我有经验，而且懂行，但决定我能够做什么事情的是文凭。”

范妮（Fanie）

海地：失去的教育机会

范妮是在海地首都太子港郊外的高山上出生的。她家里共有 13 个孩子，一家人挤在一栋只有 3 个房间的房子里。她的父母有一个欣欣向荣的菜园，可以借此养家糊口，而她母亲则是远近闻名的屠夫。

但是，养活一个大家庭的压力迫使她父母作出了让 10 岁的她辍学并去城里一个远亲家里做工的决定。当时，他们希望她能够找到机会继续学习。但是，在耗时的家务中的筋疲力尽和第二家庭带来的经常性的虐待中，这一希望很快就消失了。

© UNFPA/R. Anis

20 岁时，范妮恋爱并怀孕了。这并不是计划的一部分，但没人告诉她跟男人“靠得太近”可能是件非常危险的事情。怀孕 6 个月时，她的男朋友跟另一个女人走了，而她只能自己生养儿子了。今天，他的儿子已经 15 岁，正在上学，但范妮一直都面临着青黄不接的生活压力。她给人打扫屋子挣钱，同时后悔自己没有认真学习。要是当时认真学习的话，她可能会追求自己成为一名厨师的梦想，甚至可能会开自己的小餐馆。

“我有经验，而且懂行，但决定我能够做什么事情的是文凭，”她说，“我必须接受，像住在别人的房子里、没人帮你做事情、没完没了的羞辱这些东西。我希望自己的儿子能够学习并长点出息，然后生活得比我要好得多。”

她想再要一个孩子，但担心成本太高和没有稳定的关系。“我不想跟一个男人好，然后生个孩子，最后一看不行，又不得不一个人承担所有责任，”她说，“除非有两份收入，否则我养不起第二个孩子。”

现在，她是靠安全套避孕的，但这些东西变贵了。公立诊所并不总像以前那样免费提供这些东西。

其它压力来自她的姐妹。她们生的孩子更多，所以希望她能

“我没有看到人们谈论的变化。”

乌姆 • 艾哈迈德（Um Ahmed）

帮一把。其中一个甚至把两个孩子送给了一个国际组织，条件就是为孩子提供教育，然后到 18 岁时把他们送回来，但他们永远都没有回来。没人知道他们在哪儿。

© UNFPA/M. Bradley

© UNFPA/R. Anis

埃及：努力争取收入和健康

乌姆·艾哈迈德出生在《国际人口与发展大会行动纲领》（简称《人发大会行动纲领》）诞生地开罗的一个贫困社区。她坦白地说：“我没有看到人们谈论的变化。”因为贫穷，她读完小学就辍学了。27 岁结婚之前，她曾做过裁缝和帮佣之类的零工，攒够了钱来买家具，而这些家具是她要带到婚后新家的。

乌姆曾接连两次怀孕，结果因为早产，孩子都没有保住。后来在一家公立医院接受手术后，她得以怀上第三胎，这次因为是足月，她的儿子活了下来。现在她的儿子六岁了。

这一路走来，乌姆知道，多年来长时间的薪水微薄的工作已经对她造成了永久性的伤害。她感染了一种病毒，给她带来了妊娠并发症。由于收入微薄，不足以支付基本的医疗保健费用，比如定期的产检等，为了能足月生产，她不得不跟家里的很多人借钱，支付额外的费用。

乌姆的母亲有五个孩子，而且只在家里工作。里达只有一个孩子，但她已经决定不再生了，因为她根本赚不到足够的钱，尽管她很想儿子能够有兄弟姐妹。她总是入不敷出。她伤感地说到：“如果我想再要一个孩子，就要再次接受检查和手术，这样经济负担就太重了。”

虽然乌姆的丈夫从事的是体力劳动，工作不稳定而且有些边缘化，但他想要更多孩子，所以反对乌姆使用宫内节育器的决定。有时，夫妻俩争吵得厉害的时候，里达的丈夫会动手打她，嘴里大喊着真主会提供他们需要的收入。乌姆知道她可以拨打热线电话寻求帮助，避免遭到丈夫的家暴，但她担心如果夫妻两人永远分开可能会破坏与儿子的关系。

10 岁的时候，乌姆是一名非常勤奋的学生。每天上学和放学都要步行一个小时，因为她的家庭负担不起交通费用。她曾梦想过上大学，找一份体面的工作，拥有一个舒适的房子。现在，她只求她的儿子能够实现这个梦想。

她说：“只要不到生命最后一刻，我都要让我儿子留在学校，过上有尊严的生活。”

几内亚比绍：寻求稳定的伴侣关系

在非洲最西部的几内亚比绍，玛尔塔·宝拉·桑卡（Marta Paula Sanca）完成了中学学业，她的工作比里达和范妮的都好，尽管她是在首都比绍某个贫困社区的一棵树下开始接受教育的。玛尔塔兄妹姐妹五人，只有她和她的一个兄弟没有夭折。

玛尔塔 13 岁的时候，开始给她妈妈跑腿，去市场买些东西，这时一名男子开始和她说话，给她买糖吃。在这名男子强奸她的时候，她甚至都不知道发生了什么，也不知道自己什么时候怀的孕。她记得生产前在医院里待了一段时间，因为她太小了，医生都担心她可能会死掉。医生还劝阻玛尔塔的父母不要让她人工流产，表示这也会让她面临生命危险。医生们坚持道，即使玛尔塔在怀孕后期死去，但至少孩子可能会活下来。最后，玛尔塔顺利生产。

不久之后，在上世纪 90 年代末，内战夺去了玛尔塔父亲的生命，她的母亲也病倒了。家人希望玛尔塔出去工作，帮助她的弟弟和母亲。总之，她一边养育孩子，做清洁工，到街上卖东西，一边完成了中学学业。19 岁时，她开始了一段有希望保持稳定的感情，当时她和她的伴侣决定再要一个孩子。但是后来，孩子的父亲，一个经常去外地的司机，因为另一个女人离开了她。

“我要告诉几内亚比绍的所有母亲，如果女儿到了12岁，一定要寻求家庭计划服务，选择一种避孕方法。”

玛尔塔 • 宝拉（Marta Paula）

© UNFPA/I. Barbosa

© UNFPA/I. Barbosa

如今，玛尔塔是一名保安，她希望能有更多孩子。不过，跟范妮一样，除非能拥有一段稳定的感情，否则她不会这么做。但到目前为止，对她来说，拥有稳定感情仍然希望渺茫。长时间的工作意味着她早晨上班时，她的孩子通常还在睡觉，而当她晚上下班回家的时候，孩子们已经上床睡觉了。

她对自己国家正在发生变化的常态感到担心，因为现在来自世界其他地方的信息充斥着这个国家。她在 13 岁的时候怀孕在当时是被认为极不寻常的。她表示，现在这种现象非常普遍，之所以出现这种现象，她觉得是现在的父母更加宽容，而且发生性行为的年龄更小。贫困也是一个影响因素，促使一些女孩用自己的身体换取学费和家人需要的生活费。

目前家庭计划信息得到了很好的传播，大部分地区都提供生殖健康服务，然而许多少女仍然享受不到这些服务。玛尔塔的两个孩子都是男孩，但她强调说：“我要告诉几内亚比绍的所有母亲，如果女儿到了 12 岁，一定要寻求家庭计划服务，选择一种避孕方法。”

波斯尼亚和黑塞哥维那：避孕选择受限

梅迪哈·贝西奇（Mediha Besic）15 岁结婚，16 岁成了母亲。现年 35 岁的她有五个孩子，年龄从 4 岁到 19 岁不等。她和丈夫住

© UNFPA/I. Kapetanovič

在波斯尼亚和黑塞哥维那农村地区的一个边缘化的罗姆人社区，他们太穷了，买不起现代化的避孕药具，只能依靠体外排精等传统的不那么有效的方式避孕。梅迪哈称：“养两个孩子应该会更容易一些，我想使用避孕药具，但是没钱，负担不起。”

跟她的母亲一样，梅迪哈也只在家工作。她的丈夫过去经常收集和出售建筑边角料和其他材料，但是随着供应的枯竭和天然气价格日益上涨，这项业务这些年来已经逐渐萎缩。现在他只能偶尔找到一些散工的活。这个家庭在很大程度上依靠每月大约 50 美元的儿童公共津贴生活，这个水平不比全球极端贫困标准水平线高。

尽管如此，梅迪哈还是觉得她的生活在某些方面比孩提时代有所改善，特别是自上世纪 90 年代吞噬了她的国家的那场战争以来，她还记得那时总是吃不饱。如今，她住的房子比之前的房子更大，虽然仍没有通自来水，但却是用砖建起来的，不是用的废料。

小学毕业后，梅迪哈会读会写。相比之下，她的母亲从没见过教室里面是什么样子。然而，梅迪哈还远远实现不了成为教师或医生的童年志向。她说：“我的父母有六个孩子，付不起我们

“我想使用避孕药具，但是没钱，负担不起。”

梅迪哈（Mediha）

© UNFPA/I. Kapetanovič

© UNFPA/I. Kapetanović

所有人的学费，所以我不得不辍学。”一个完成学业的姐妹后来成了一名护士。

梅迪哈第一次看妇科医生是在她头胎怀孕五个月的时候。医生们和她谈论最多的是孩子和她的分娩，但很少跟她分享关于未来怀孕规划的信息。梅迪哈说：“在我们的文化中，我们不会跟任何人谈论家庭计划。”她还记得当时是多么羞涩和难以启齿。

不过，现在她已经确定要跟她最大的两个孩子谈谈如何保护自己。她说；“我希望他们完成学业，找到一份工作，然后结婚成家。我对他们在生活中会有更好的机会感到乐观。”

巴西：父亲鼓励子女过上不同的生活

斯特希娜·沙万提（Tsitsina Xavante）生活的土著社区 A’uwe Uptabi 第一次与巴西的外部世界接触，不过是大约 70 年前的事。在那之前，他们生活在热带雨林深处，不与外界来往。她父亲年轻的时候都是裸体，而且也不说葡萄牙语。当他成为巴西议会首位土著议员后，他带着自己最小的孩子斯特希娜跟他一起在巴西首都巴西利亚生活。斯特希娜早年的经历让她成为 Namunkurá Xavante Association 的领导人，该协会代表 305 个不同的土著群体。她谨慎地说道，她并不代表所有土著人民，她只代表自己。

在 10 个兄弟姐妹中，只有斯特希娜完成了大学学业，甚至拿到了硕士学位。迄今为止，她选择不结婚，不生孩子，至少现在还没有结婚生子。2002 年，在她父亲去世之前，她曾请求父亲允许她从 15 岁时开始约会，但她父亲没有答应。她回忆道：“他想让我学习更长时间，这样我就可以去任何我想去的地方。他说，

“她们认为我有责任生孩子，让我们的人民延续下去。但是她们也意识到了，我的生活方式与她们不同。”

斯特希娜（Tsitsina）

© UNFPA/G. Bello

即使我结婚了，我也应该在经济上独立。”

不过，最近，她已婚的姐妹一直在催她趁着还来得及赶紧生个儿子或者女儿。按照她所在的一夫多妻社区的传统，与姐妹的丈夫发生关系和怀孕是可以接受的。斯特希娜说：“她们认为我有责任生孩子，让我们的人民延续下去。但是她们也意识到了，我的生活方式与她们不同。”

她对自己的社区的担心包括，她观察到，许多人过去都要等到第一个孩子到了蹒跚学步的年纪才会要第二个孩子，但是现在，女性通常一年生一个孩子，连着生很多年。由于家庭内部有多个性伴侣，患病的风险已经增加。虽然政府提供原住民医疗保健服务，但没有被定期使用。这里公开谈论性和性行为的极端禁忌意味着，许多人对自己的身体知之甚少，不知道如何负责任地探索性。

斯特希娜说：“许多女孩会在 14、15 岁结婚，年纪轻轻就有了孩子。有些人对此感到高兴，但他们从不了解其他看法。我希望他们能多了解不同的看法，因为不这样做的话，他们就只会永远坚持已知的生活，认为就应该是这样，没有新的刺激。”

这并不容易。虽然现在已经通电，但斯特希娜所在的社区无法上网。去最近的城市只能乘船，就是这个唯一的交通方式也很昂贵。在男权社会中，人们认为明确定义的女性角色和工作没有什么价值，激发女孩去追逐梦想极其困难。不过，他们能把斯特希娜视为榜样，一个即使以新的方式生活但仍对自己的社区做出贡献的模范。

© UNFPA/G. Bello

泰国：不断改变的文化

罗萨米（Rasamee）高兴地说：“我爱我的工作”。她迅速给我们讲述了她在泰国领先电信公司担任可持续发展首席倡导者的工

© UNFPA/Lexicon

“我很幸运，因为父母的支持，如今我有了更多的机会。”

罗萨米（Rasamee）

作。这份工作不仅工作时间长而且压力也大。她必须与公司管理人员和董事会成员一起制定关于公司中长期经营方式可能发生哪些根本性变化的战略。不过，她在生下第一个孩子五个月后就接受了这一挑战。

现在与罗萨米祖父母生活的时代已经相去甚远。罗萨米的祖父母是从中国移民到泰国的，他们认为上学是男孩子的事，女孩应该待在家里。罗萨米拥有经济学和国际商务学位，她受到了母亲的督促，尽管她的母亲只读完了五年级。在成长过程中，罗萨米看到了父母生活的拮据。她母亲在家工作，父亲则找些建筑方面的工作，但却经常因疾病而找不到工作。

罗萨米说：“我很幸运，因为父母的支持，如今我有了更多的机会。我过去常常想怎样才能过上富足的生活，但我们一直都知道还有多少人在受苦，所以富足不仅意味着我能够养活自己，而且意味着我可以过上有意义的生活。”她现在的工作包括思考公司如何帮助泰国在实现联合国可持续发展目标上取得进展。

作为一名成功的专业人士，多年来罗萨米从未想过要结婚，

但最后还是结婚了，不久后就生下了她的第一个孩子。她说：“文化已经改变了，女性可以工作、可以照顾自己，不需要依赖丈夫。”

对于这种自由的支持来自家庭计划方面的信息，现在这些信息已广泛普及，而且已经成为学校的常规教学内容。几乎每个街角小店都有避孕药具。罗萨米称：“泰国政府大力提倡避孕，所以没人会因为讨论这个问题而感到尴尬。”

生完孩子后，罗萨米非常渴望重返工作岗位，所以她只休了两个月的产假，尽管公司规定可以休三个月。她打算再要一个孩子，而不是像她所在社区过去普遍要三四个孩子。

罗萨米笑道：“我丈夫也工作，我们不可能有足够的时间生那么多孩子！”他们夫妻俩已经为他们的新生儿建立了一个教育基金。罗萨米的丈夫打算扩大他的生意，从而维持一个不断壮大的家庭的开支。

© UNFPA/Lexicon

斯里兰卡：意想不到的礼物——患癌后生下孩子

莎拉·拉内辛（Shara Ranasingh）在斯里兰卡长大，她早年的生活充满了波折。她的父母离婚了，法院规定她作为独生女必须跟着父亲生活，因为父亲能够保证经济稳定，而她的母亲则无法保证。莎拉说：“我妈妈小时候很聪明，但没有读完中学。后来结了婚，不到 20 岁就有了一个孩子。”

父亲再婚后，莎拉受到了继母的虐待，时不时地被继母殴打。当她母亲问她发生了什么事时，她会编造一些诸如从楼梯上摔了下来之类的借口，为的是不想引起更多的担忧和愤怒。

尽管童年生活不幸福，但莎拉仍然性格独立、坚韧。在前往马来西亚攻读大学学位后，莎拉开始茁壮成长，但在大四被诊断出癌症。当时她告诉男友应该离开她，但他拒绝离开，一直站在她的身边，陪她经历了一轮又一轮的化疗和放疗。

治疗结束后，医生们说她能生孩子的可能性很小，甚至根本不可能生。有一次，有人问她是否愿意冻卵，但在谈到这个话题的时候，她的父亲也在场，这让她觉得太过尴尬，不适合讨论。不管怎样，在她发现自己怀孕后不久，她和男友决定结婚。她坦言：“验孕棒呈阳性是我这一生中发生的最美好的事情。”

在那之后，莎拉又生了两个孩子，而她也已经搬到澳大利亚攻读更高的学位，她的目标是拿下与癌症患者沟通方面的博士学位。虽然她一直想要很多孩子，但每次怀孕都会给她脆弱的健康带来一些风险。从经济角度来看，三个孩子似乎刚刚好。虽然澳大利亚为育儿提供补贴，但她和丈夫不放心离开年幼的孩子，所以两人尽力在兼顾工作的同时，总是留一人在家陪着孩子。

© UNFPA/C. Learson

“我妈妈小时候很聪明，但没有读完中学。后来结了婚，不到20岁就有了一个孩子。”

莎拉（Shara）

之前有一段时间，莎拉在教学事业上取得了很大进步，成了家里的主要经济支柱，她的丈夫当时就暂时放弃了工程师工作，选择了工作时间灵活的餐厅配餐工作。最近，她的公公婆婆搬来与他们夫妇同住，她的丈夫就又回到了工程行业。

莎拉看到，在她周围的世界里，人们的心态越来越开放：在她读的大学，女性终于进入了领导层；她女儿学校的一名男孩第一次要求被当作女孩对待。她在“奇迹”下诞生的第一个女儿现在已经快 10 岁了，是一个有天赋、有些敏感的孩子。莎拉说：“虽然我希望她能够非常坚强，不会遭到歧视，但现在仍有很多不平等。”

莎拉认为，与斯里兰卡相比，澳大利亚在理解一个不断变化的世界方面走的更远，而斯里兰卡大多数人对女性的期望仍然非常保守。莎拉在选择追求梦想时得到了父母的坚定支持，但她表示，“我的国家还有很长的路要走。我相信，在不远的未来，每个斯里兰卡人将享有更加平等的机会。”

© UNFPA/C. Learson

指标

国际人口与发展大会目标的监测指标 第152页

人口统计学指标 第164页

技术说明 第170页

国际人口与发展大会目标的监测指标

	性和生殖健康和权利														
	15-49岁妇女中采用任何方法的避孕普及率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法的避孕普及率[f]			15-49岁妇女中未满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求率[f]			每10万例活产中的孕产妇死亡率[a]		孕产妇死亡率大致估算范围(UI 80%)		专业卫生人员助产百分比	对性和生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比
												低估值	高估值		
全球和地区	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
全球	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57
较发达地区	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–
欠发达地区	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–
最不发达国家	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56[d]	49
地区数据															
阿拉伯国家	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–
亚太	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84[b]	–
东欧和中亚	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–
拉丁美洲和加勒比	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95[c]	–
东非和南非	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
西非和中非	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1040	676	586	862	52	38
国家，领土和其他区域	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
阿富汗	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1300	396	253	620	51	–
阿尔巴尼亚	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69
阿尔及利亚	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–
安哥拉	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1180	477	221	988	50	62
安提瓜和巴布达	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–
阿根廷	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–
亚美尼亚	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66
阿鲁巴	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
澳大利亚	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–
奥地利	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–
阿塞拜疆	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–
巴哈马	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–
巴林	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–
孟加拉国	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–
巴巴多斯	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–
白罗斯	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–
比利时	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–
伯利兹	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–
贝宁	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38
不丹	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–
多民族玻利维亚国	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–
波斯尼亚和黑塞哥维那	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–
博茨瓦纳	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–
巴西	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–

国家，领土和其他区域	性和生殖健康和权利														
	15-49岁妇女中采用任何方法的避孕普及率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法的避孕普及率[f]			15-49岁妇女中未满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求率[f]			每10万例活产中的孕产妇死亡率[a]		孕产妇死亡率大致估算范围（UI 80%）		专业卫生人员助产百分比	对性和生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比
												低估值	高估值		
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
文莱达鲁萨兰国	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
保加利亚	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
布基纳法索	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
布隆迪	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1250	712	471	1050	85	44
柬埔寨	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
喀麦隆共和国	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
加拿大	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
佛得角	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
中非共和国	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1320	882	508	1500	40	–
乍得	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1440	856	560	1350	20	27
智利	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
中国	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
中国，香港特别行政区	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
中国，澳门特别行政区	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
哥伦比亚	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
科摩罗	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
刚果民主共和国	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1010	80	31
刚果共和国	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
哥斯达黎加	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
科特迪瓦	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
克罗地亚	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–
古巴	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
库拉索	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
塞浦路斯	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–
捷克	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–
丹麦	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
吉布提	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
多米尼克国	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
多米尼加共和国	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
厄瓜多尔	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
埃及	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
萨尔瓦多	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
赤道几内亚	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1170	342	207	542	68	–
厄立特里亚	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1210	501	332	750	34	–
爱沙尼亚	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–
斯威士兰	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
埃塞俄比亚	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1130	353	247	567	28	45
斐济	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–
芬兰	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–

国际人口与发展大会目标的监测指标

国家，领土和其他区域	性和生殖健康和权利														
	15-49岁妇女中采用任何方法的避孕普及率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法的避孕普及率[f]			15-49岁妇女中未满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求率[f]			每10万例活产中的孕产妇死亡率[a]		孕产妇死亡率大致估算范围（UI 80%）		专业卫生人员助产百分比	对性和生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比
												低估值	高估值		
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
法国	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–
法属圭亚那	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
法属波利尼西亚	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
加蓬	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48
冈比亚	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1030	57	41
格鲁吉亚	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–
德国	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–
加纳	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52
希腊	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–
格林纳达	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–
瓜德罗普岛	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–
关岛	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–
危地马拉	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65
几内亚	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23
几内亚比绍	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	–
圭亚那	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71
海地	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59
洪都拉斯	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70
匈牙利	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–
冰岛	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–
印度	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–
印度尼西亚	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–
伊朗（伊斯兰共和国）	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–
伊拉克	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–
爱尔兰	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–
以色列	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–
意大利	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–
牙买加	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–
日本	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–
约旦	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73
哈萨克斯坦	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
肯尼亚	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
基里巴斯	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
朝鲜民主主义人民共和国	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
韩国	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
科威特	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
吉尔吉斯斯坦	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
老挝人民民主共和国	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–
拉脱维亚	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–

国家，领土和其他区域	性和生殖健康和权利														
	15-49岁妇女中采用任何方法的避孕普及率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法的避孕普及率[f]			15-49岁妇女中未满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求率[f]			每10万例活产中的孕产妇死亡率[a]		孕产妇死亡率大致估算范围（UI 80%）		专业卫生人员助产百分比	对性和生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比
												低估值	高估值		
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
黎巴嫩	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
莱索托	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
利比里亚	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1890	725	527	1030	61	67
利比亚	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
立陶宛	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
卢森堡	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
马达加斯加	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
马拉维	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
马来西亚	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–
马尔代夫	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
马里	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
马耳他	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
马提尼克	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
毛里塔尼亚	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
毛里求斯	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
墨西哥	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
密克罗尼西亚（联邦）	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
摩尔多瓦共和国	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
蒙古	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
黑山	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
摩洛哥	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
莫桑比克	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1210	489	360	686	54	49
缅甸	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
纳米比亚	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
尼泊尔	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
荷兰	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–
新喀里多尼亚	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
新西兰	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–
尼加拉瓜	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
尼日尔	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
尼日利亚	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
北马其顿	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–
挪威	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
阿曼	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
巴基斯坦	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–
巴勒斯坦[1]	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
巴拿马	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
巴布亚新几内亚	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
巴拉圭	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–
秘鲁	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–

国际人口与发展大会目标的监测指标

国家，领土和其他区域	性和生殖健康和权利														
	15-49岁妇女中采用任何方法的避孕普及率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法的避孕普及率[f]			15-49岁妇女中未满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中满足家庭计划需求率[f]	15-49岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求率[f]			每10万例活产中的孕产妇死亡率[a]		孕产妇死亡率大致估算范围（UI 80%）		专业卫生人员助产百分比	对性和生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比
												低估值	高估值		
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
菲律宾	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81
波兰	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–
葡萄牙	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
波多黎各	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
卡塔尔	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
留尼旺	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
罗马尼亚	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
俄罗斯联邦	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–
卢旺达	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1270	290	208	389	91	70
圣基茨和尼维斯	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
圣卢西亚	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–
圣文森特和格林纳丁斯	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–
萨摩亚	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
圣马力诺	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
圣多美和普林西比	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
沙特阿拉伯	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–
塞内加尔	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
塞尔维亚	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–
塞舌尔	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
塞拉利昂	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2900	1360	999	1980	60	40
新加坡	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–
圣马丁岛	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
斯洛伐克	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–
斯洛文尼亚	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–
所罗门群岛	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–
索马里	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1200	732	361	1390	9	–
南非	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–
南苏丹	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1580	789	523	1150	19	–
西班牙	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–
斯里兰卡	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–
苏丹	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–
苏里南	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–
瑞典	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–
瑞士	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–
阿拉伯叙利亚共和国	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–
塔吉克斯坦	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33
坦桑尼亚联合共和国	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47
泰国	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–
东帝汶民主共和国	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40
多哥	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30

国家，领土和其他区域	性和生殖健康和权利														
	15-49岁妇女中采用任何方法的避孕普及率∫	15-49岁妇女中采用现代方法的避孕普及率∫			15-49岁妇女中未满足家庭计划需求率∫	15-49岁妇女中满足家庭计划需求率∫	15-49岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求率∫			每10万例活产中的孕产妇死亡率a		孕产妇死亡率大致估算范围（UI 80%）		专业卫生人员助产百分比	对性和生殖健康和生殖权利有决定权的人数百分比
												低估值	高估值		
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
汤加	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–
特立尼达和多巴哥	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–
突尼斯	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–
土耳其	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–
土库曼斯坦	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–
特克斯和凯科斯群岛	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
图瓦卢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–
乌干达	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62
乌克兰	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81
阿拉伯联合酋长国	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
英国	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–
美利坚合众国	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–
美属维尔京群岛	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–
乌拉圭	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–
乌兹别克斯坦	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–
瓦努阿图	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–
越南	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–
西撒哈拉	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
也门	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–
赞比亚	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47
津巴布韦	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60

注意

– 数据不可用。

* 本栏中的数字为1969年和1994年的数字，以符合本报告所述的关键日期：1969年至2019年。1969年的数字实际上是1970年做出的估计值，1994年的数字是1995年做出的估计值。

∫ 目前已婚或同居的妇女。

a 孕产妇死亡率已按照以下方案四舍五入：<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 由于数据不可用，不包括库克群岛，马绍尔群岛，瑙鲁，纽埃，帕劳，托克劳和图瓦卢。

c 由于数据不可用，不包括安圭拉，阿鲁巴，百慕大，英属维尔京群岛，开曼群岛，库拉索岛，蒙特塞拉特岛，圣马丁岛和特克斯和凯科斯群岛。

d 由于数据不可用，不包括图瓦卢。

1 2012年11月29日，联合国大会通过第67/19号决议，该决议赋予巴勒斯坦“联合国非会员国观察员地位”。

国际人口与发展大会目标的监测指标

	青少年和青年								
	每1000名15-19岁女孩中的青少年生育率	18岁前涉及童婚的百分比	15-19岁女孩进行割礼的百分比	经调整后的小学净入学率，百分比，2017年		小学性别平等指数	中学净入学率，百分比，2017年		中学性别平等指数
全球和地区	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
全球	44	21	–	92	90	0.98	66	66	1.00
较发达的地区	14	–	–	97	97	1.00	93	93	1.01
欠发达地区	48	–	–	91	89	0.98	62	62	0.99
最不发达国家	91	40	–	83	80	0.96	38	36	0.95
地区数据									
阿拉伯国家	50	21	55	85	83	0.97	63	59	0.93
亚太	28[a]	26	–	95	94	0.99	67	68	1.02
东欧和中亚	26	11	–	96	95	1.00	88	87	0.99
拉丁美洲和加勒比	62[b]	26	–	95	96	1.01	75	79	1.05
东非和南非	93[c]	35	–	86	83	0.97	35	33	0.93
西非和中非	114	42	22	79	71	0.90	39	34	0.86
				2009-2018			2009-2018		
国家、领土和其他区域	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
阿富汗	87	35	–	–	–	–	62	36	0.58
阿尔巴尼亚	20	10	–	98	96	0.99	88	87	0.99
阿尔及利亚	12	3	–	100	98	0.98	–	–	–
安哥拉	163	30	–	89	66	0.75	13	10	0.79
安提瓜和巴布达	–	–	–	82	81	0.99	73	76	1.04
阿根廷	65	–	–	100	99	0.99	87	92	1.05
亚美尼亚	24	5	–	92	92	1.00	87	88	1.01
阿鲁巴	35	–	–	99	99	1.00	73	81	1.10
澳大利亚	12	–	–	96	97	1.01	93	94	1.01
奥地利	8	–	–	–	–	–	87	88	1.00
阿塞拜疆	53	11	–	93	95	1.02	87	88	1.01
巴哈马	32	–	–	85	92	1.08	79	86	1.09
巴林	14	–	–	99	99	1.00	92	94	1.02
孟加拉国	78	59	–	92	98	1.07	57	67	1.17
巴巴多斯	50	11	–	90	91	1.00	93	99	1.07
白罗斯	16	3	–	96	96	1.00	95	96	1.01
比利时	7	–	–	99	99	1.00	94	94	1.00
伯利兹	69	26	–	100	99	0.99	68	73	1.07
贝宁	94	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75
不丹	28	26	–	81	83	1.02	61	71	1.17
多民族玻利维亚国	71	19	–	93	92	0.99	78	78	1.00
波斯尼亚和黑塞哥维那	11	4	–	–	–	–	–	–	–
博茨瓦纳	39	–	–	89	90	1.01	–	–	–
巴西	62	26	–	96	98	1.02	80	84	1.05
文莱达鲁萨兰国	11	–	–	97	96	1.00	82	85	1.03
保加利亚	39	–	–	93	93	1.00	91	89	0.97
布基纳法索	129	52	58	78	76	0.98	29	29	1.01

国家、领土和其他区域	青少年和青年								
	每1000名15-19岁女孩中的青少年生育率	18岁前涉及童婚的百分比	15-19岁女孩进行割礼的百分比	经调整后的小学净入学率，百分比，2017年		小学性别平等指数	中学净入学率，百分比，2017年		中学性别平等指数
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
布隆迪	58	20	–	96	98	1.02	26	32	1.21
柬埔寨	57	19	–	91	90	1.00	–	–	–
喀麦隆共和国	119	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88
加拿大	11	–	–	–	–	–	99	100	1.01
佛得角	80	–	–	87	86	0.98	61	68	1.11
中非共和国	229	68	18	77	60	0.79	16	10	0.61
乍得	179	67	32	71	55	0.77	–	–	–
智利	41	–	–	93	93	1.00	86	89	1.04
中国	9	–	–	–	–	–	–	–	–
中国，香港特别行政区	3	–	–	–	–	–	93	93	1.00
中国，澳门特别行政区	3	–	–	99	99	1.00	84	87	1.05
哥伦比亚	75	23	–	93	94	1.01	76	82	1.07
科摩罗	70	32	–	85	84	0.99	41	45	1.09
刚果民主共和国	138	37	–	–	–	–	–	–	–
刚果共和国	147	27	–	84	91	1.09	–	–	–
哥斯达黎加	53	21	–	97	97	1.00	81	84	1.04
科特迪瓦	129	27	27	93	85	0.91	45	33	0.75
克罗地亚	10	–	–	96	99	1.04	89	92	1.04
古巴	50	26	–	97	97	1.00	84	89	1.06
库拉索	35	–	–	–	–	–	–	–	–
塞浦路斯	5	–	–	98	98	1.01	94	95	1.01
捷克	12	–	–	–	–	–	90	92	1.02
丹麦	3	–	–	99	99	1.01	88	92	1.04
吉布提	21	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	90	36	–	88	88	1.00	62	71	1.13
厄瓜多尔	111	–	–	97	99	1.02	87	89	1.02
埃及	56	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00
萨尔瓦多	69	26	–	81	82	1.01	60	61	1.02
赤道几内亚	176	30	–	44	45	1.02	–	–	–
厄立特里亚	76	41	69	39	36	0.91	27	25	0.92
爱沙尼亚	13	–	–	93	94	1.01	93	95	1.02
斯威士兰	87	5	–	76	75	0.98	32	41	1.29
埃塞俄比亚	80	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97
斐济	40	–	–	98	98	1.01	79	88	1.11
芬兰	6	–	–	99	99	1.00	96	96	1.01
法国	5	–	–	99	99	1.01	93	94	1.01
法属圭亚那	87	–	–	–	–	–	–	–	–
法属波利尼西亚	40	–	–	–	–	–	–	–	–
加蓬	91	22	–	–	–	–	–	–	–
冈比亚	88	30	76	75	83	1.10	–	–	–
格鲁吉亚	44	14	–	98	98	0.99	97	99	1.02

国际人口与发展大会目标的监测指标

国家、领土和其他区域	青少年和青年								
	每1000名15-19岁女孩中的青少年生育率	18岁前涉及童婚的百分比	15-19岁女孩进行割礼的百分比	经调整后的小学净入学率，百分比，2017年		小学性别平等指数	中学净入学率，百分比，2017年		中学性别平等指数
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
德国	8	–	–	–	–	–	–	–	–
加纳	76	21	2	84	86	1.02	56	57	1.01
希腊	8	–	–	93	93	1.00	91	89	0.99
格林纳达	–	–	–	96	97	1.01	80	72	0.91
瓜德罗普岛	–	–	–	–	–	–	–	–	–
关岛	38	–	–	–	–	–	–	–	–
危地马拉	92	30	–	87	87	1.00	48	46	0.96
几内亚	146	51	95	86	71	0.83	40	26	0.66
几内亚比绍	106	24	42	74	70	0.95	–	–	–
圭亚那	74	30	–	95	97	1.02	81	86	1.06
海地	55	18	–	–	–	–	–	–	–
洪都拉斯	103	34	–	83	84	1.02	43	48	1.14
匈牙利	23	–	–	97	97	1.00	89	89	1.00
冰岛	8	–	–	100	99	1.00	89	91	1.03
印度	28	27	–	97	98	1.01	61	62	1.01
印度尼西亚	48	14	–	95	90	0.95	76	78	1.02
伊朗(伊斯兰共和国)	38	17	–	–	–	–	72	73	1.00
伊拉克	82	24	5	–	–	–	–	–	–
爱尔兰	9	–	–	100	100	1.00	97	99	1.01
以色列	10	–	–	97	98	1.01	98	100	1.02
意大利	5	–	–	99	98	1.00	96	96	1.00
牙买加	46	8	–	–	–	–	71	77	1.09
日本	4	–	–	98	98	1.00	99	100	1.01
约旦	26	8	–	–	–	–	63	65	1.03
哈萨克斯坦	31	7	–	98	100	1.02	100	100	1.00
肯尼亚	96	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94
基里巴斯	49	20	–	–	–	–	–	–	–
朝鲜民主主义人民共和国	1	–	–	97	97	1.00	90	91	1.01
韩国	1	–	–	96	97	1.00	97	98	1.00
科威特	6	–	–	93	93	1.00	84	89	1.07
吉尔吉斯斯坦	38	12	–	99	98	0.99	87	87	1.00
老挝人民民主共和国	76	35	–	94	93	0.99	61	60	0.98
拉脱维亚	18	–	–	96	97	1.01	93	95	1.02
黎巴嫩	–	6	–	91	86	0.94	65	65	1.00
莱索托	94	17	–	81	83	1.03	29	45	1.53
利比里亚	149	36	26[d]	39	36	0.93	16	14	0.88
利比亚	11	–	–	–	–	–	–	–	–
立陶宛	14	–	–	100	100	1.00	98	97	1.00
卢森堡	6	–	–	99	99	1.00	83	86	1.04
马达加斯加	152	41	–	–	–	–	28	30	1.08
马拉维	136	42	–	95	99	1.04	32	31	0.96
马来西亚	12	–	–	98	99	1.00	72	78	1.08

国家、领土和其他区域	青少年和青年								
	每1000名15-19岁女孩中的青少年生育率	18岁前涉及童婚的百分比	15-19岁女孩进行割礼的百分比	经调整后的小学净入学率，百分比，2017年		小学性别平等指数	中学净入学率，百分比，2017年		中学性别平等指数
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
马尔代夫	13	4	–	100	100	1.00	–	–	–
马里	174	52	83	71	63	0.89	32	26	0.80
马耳他	11	–	–	97	100	1.03	87	92	1.05
马提尼克	20	–	–	–	–	–	–	–	–
毛里塔尼亚	71	37	63	75	78	1.05	26	25	0.97
毛里求斯	24	–	–	95	97	1.02	82	88	1.08
墨西哥	63	26	–	98	100	1.02	76	79	1.04
密克罗尼西亚(联邦)	44	–	–	83	85	1.03	–	–	–
摩尔多瓦共和国	27	12	–	90	90	1.00	78	78	1.00
蒙古	27	5	–	99	98	0.99	–	–	–
黑山	11	5	–	97	96	0.99	89	89	1.00
摩洛哥	32	–	–	97	97	1.00	64	63	0.99
莫桑比克	167	48	–	89	86	0.97	19	19	1.02
缅甸	36	16	–	90	89	0.99	57	62	1.09
纳米比亚	82	7	–	96	100	1.04	–	–	–
尼泊尔	88	40	–	96	93	0.97	53	57	1.07
荷兰	3	–	–	–	–	–	93	94	1.01
新喀里多尼亚	22	–	–	–	–	–	–	–	–
新西兰	16	–	–	98	99	1.01	95	97	1.02
尼加拉瓜	92	35	–	97	100	1.03	45	53	1.17
尼日尔	210	76	1	71	62	0.87	24	17	0.73
尼日利亚	145	44	12	72	60	0.84	–	–	–
北马其顿	16	7	–	92	92	1.00	–	–	–
挪威	5	–	–	100	100	1.00	95	96	1.01
阿曼	14	–	–	99	99	1.00	91	91	0.99
巴基斯坦	44	21	–	82	71	0.86	49	40	0.81
巴勒斯坦[1]	48	15	–	94	94	1.00	79	87	1.10
巴拿马	79	26	–	88	87	0.99	67	72	1.07
巴布亚新几内亚	–	21	–	80	75	0.93	36	30	0.82
巴拉圭	62	22	–	79	79	1.00	63	67	1.07
秘鲁	65	22	–	99	100	1.01	80	81	1.02
菲律宾	47	15	–	95	96	1.01	60	72	1.19
波兰	12	–	–	96	96	1.00	92	93	1.01
葡萄牙	8	–	–	97	96	1.00	93	94	1.01
波多黎各	30	–	–	79	84	1.07	72	77	1.07
卡塔尔	10	4	–	99	98	0.99	68	85	1.25
留尼旺	44	–	–	–	–	–	–	–	–
罗马尼亚	35	–	–	90	90	1.00	81	81	1.00
俄罗斯联邦	24	–	–	97	98	1.01	94	95	1.01
卢旺达	45	7	–	94	94	1.01	25	30	1.18
圣基茨和尼维斯	46	–	–	–	–	–	–	–	–
圣卢西亚	–	8	–	–	–	–	79	81	1.03

国际人口与发展大会目标的监测指标

国家、领土和其他区域	青少年和青年								
	每1000名15-19岁女孩中的青少年生育率	18岁前涉及童婚的百分比	15-19岁女孩进行割礼的百分比	经调整后的小学净入学率，百分比，2017年		小学性别平等指数	中学净入学率，百分比，2017年		中学性别平等指数
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
圣文森特和格林纳丁斯	64	–	–	99	98	0.99	91	91	0.99
萨摩亚	39	11	–	96	97	1.01	74	81	1.10
圣马力诺	0	–	–	93	93	1.00	–	–	–
圣多美和普林西比	92	35	–	97	97	0.99	61	68	1.11
沙特阿拉伯	7	–	–	99	100	1.00	86	84	0.97
塞内加尔	80	31	21	71	79	1.12	35	39	1.10
塞尔维亚	16	3	–	98	99	1.00	92	93	1.01
塞舌尔	66	–	–	–	–	–	87	90	1.03
塞拉利昂	125	39	74	99	99	1.01	38	37	0.97
新加坡	3	–	–	–	–	–	100	100	1.00
圣马丁岛	–	–	–	–	–	–	–	–	–
斯洛伐克	24	–	–	–	–	–	84	86	1.01
斯洛文尼亚	5	–	–	97	98	1.01	95	95	1.01
所罗门群岛	78	21	–	69	70	1.01	–	–	–
索马里	64	45	97	–	–	–	–	–	–
南非	71	–	–	91	92	1.01	86	84	0.98
南苏丹	155	52	–	36	28	0.76	6	4	0.70
西班牙	8	–	–	98	99	1.00	95	97	1.02
斯里兰卡	20	12	–	98	96	0.98	87	90	1.03
苏丹	87	34	82	57	63	1.10	–	–	–
苏里南	58	19	–	96	100	1.04	53	65	1.22
瑞典	4	–	–	100	99	1.00	100	99	1.00
瑞士	6	–	–	100	100	1.00	87	84	0.97
阿拉伯叙利亚共和国	54	13	–	68	67	0.98	46	45	0.99
塔吉克斯坦	54	12	–	99	98	0.99	87	78	0.90
坦桑尼亚联合共和国	132	31	5	78	81	1.04	23	23	1.02
泰国	43	23	–	98	98	1.00	77	77	1.01
东帝汶民主共和国	50	19	–	79	82	1.04	55	64	1.16
多哥	85	22	2	95	89	0.94	48	33	0.69
汤加	30	6	–	95	97	1.03	74	79	1.07
特立尼达和多巴哥	38	11	–	99	98	0.99	–	–	–
突尼斯	7	2	–	99	98	0.99	–	–	–
土耳其	27	15	–	95	94	0.99	86	85	0.99
土库曼斯坦	28	6	–	–	–	–	–	–	–
特克斯和凯科斯群岛	–	–	–	–	–	–	–	–	–
图瓦卢	28	10	–	–	–	–	63	79	1.26
乌干达	140	40	1	90	92	1.03	–	–	–
乌克兰	26	9	–	92	94	1.02	86	87	1.01
阿拉伯联合酋长国	34	–	–	98	96	0.98	89	86	0.96
英国	14	–	–	100	100	1.00	98	98	1.00
美利坚合众国	20	–	–	96	96	1.00	92	92	1.00
美属维尔京群岛	25	–	–	–	–	–	–	–	–

国家、领土和其他区域	青少年和青年								
	每1000名15-19岁女孩中的青少年生育率	18岁前涉及童婚的百分比	15-19岁女孩进行割礼的百分比	经调整后的小学净入学率，百分比，2017年		小学性别平等指数	中学净入学率，百分比，2017年		中学性别平等指数
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	male	female	2009-2018	male	female	2009-2018
乌拉圭	51	25	–	98	98	1.00	80	86	1.08
乌兹别克斯坦	30	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99
瓦努阿图	78	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	95	–	–	86	86	1.00	67	73	1.10
越南	30	11	–	–	–	–	–	–	–
西撒哈拉	–	–	–	–	–	–	–	–	–
也门	67	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74
赞比亚	141	31	–	87	89	1.02	–	–	–
津巴布韦	110	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01

注意

– 数据不可用。

a 由于数据不可用，不包括库克群岛，马绍尔群岛，瑙鲁，纽埃，帕劳，托克劳和图瓦卢。

b 由于数据不可用，不包括安圭拉，安提瓜和巴布达，百慕大，英属维尔京群岛，开曼群岛，厄瓜多尔，格林纳达，蒙特塞拉特，圣马丁岛和圣基茨和尼维斯。

c 包括塞舌尔。

d 桑德社团成员中15-19岁女孩的百分比。桑德社团成员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，该决议赋予巴勒斯坦“联合国非会员国观察员地位”。

人口统计学指标

	人口数			生育率			预期寿命			人口变化	人口构成（按年龄）			
	总人口数百万			女性总和生育率			出生时预期寿命，年			人口年均变化率	0-14岁人口百分比	10-24岁人口百分比	15-64岁人口百分比	65岁及以上人口
全球和地区	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
全球	3626	5670	7715	4.8	2.9	2.5	56	65	72	1.1	26	24	65	9
较发达的地区	1001	1167	1266	2.3	1.6	1.7	71	74	80	0.3	16	17	65	19
欠发达地区	2625	4503	6448	5.9	3.2	2.6	53	63	71	1.3	27	25	65	7
最不发达国家	301	570	1050	6.8	5.6	3.9	44	52	65	2.4	39	32	57	4
地区数据														
阿拉伯国家	112	223	373	6.9	4.5	3.3	52	64	70	2.0	34	28	61	5
亚太	1818	3027	4030	5.9	2.8	2.1[a]	53	64	72[a]	1.0	24[a]	23[a]	68[a]	8[a]
东欧和中亚	154	211	247	3.6	2.4	2.0	61	67	73	0.9	23	21	67	10
拉丁美洲和加勒比	278	474	653	5.4	3.0	2.0[b]	59	69	76[b]	1.1	24[b]	25[b]	67[b]	9[b]
东非和南非	154	312	613	6.8	5.9	4.3	46	49	64	2.7	41	32	55	3
西非和中非	118	229	447	6.6	6.3	5.1	41	49	58	2.7	43	32	54	3
国家，领土和其他区域														
阿富汗	10.9	16.2	37.2	7.5	7.6	4.2	36	53	65	2.8	42	35	55	3
阿尔巴尼亚	2.1	3.1	2.9	5.1	2.7	1.7	67	72	79	0.0	17	21	69	14
阿尔及利亚	14.1	28.4	42.7	7.7	3.7	2.6	50	68	77	1.9	30	22	64	7
安哥拉	6.6	13.8	31.8	7.6	7.0	5.5	37	43	62	3.4	46	33	51	3
安提瓜和巴布达	0.1	0.1	0.1	3.8	2.2	2.0	66	72	77	1.1	23	24	69	7
阿根廷	23.6	34.6	45.1	3.1	2.8	2.2	66	72	77	1.0	24	24	64	11
亚美尼亚	2.5	3.3	2.9	3.3	2.2	1.6	70	69	75	0.2	20	19	68	12
阿鲁巴	0.1	0.1	0.1	3.1	2.1	1.8	69	74	76	0.5	17	21	68	14
澳大利亚[1]	12.6	17.9	25.1	2.8	1.8	1.8	71	78	83	1.4	19	19	65	16
奥地利	7.5	7.9	8.8	2.4	1.5	1.5	70	77	82	0.5	14	15	66	20
阿塞拜疆[2]	5.1	7.7	10.0	5.2	2.7	2.0	63	65	72	1.1	23	21	70	6
巴哈马	0.2	0.3	0.4	3.6	2.6	1.7	66	71	76	1.2	20	21	70	10
巴林	0.2	0.5	1.6	6.7	3.2	2.0	63	73	77	3.1	19	18	79	3
孟加拉国	63.4	116.2	168.1	6.9	3.8	2.0	48	61	73	1.1	27	28	68	5
巴巴多斯	0.2	0.3	0.3	3.3	1.7	1.8	65	72	76	0.3	19	19	65	16
白罗斯	8.9	10.2	9.4	2.3	1.5	1.7	71	69	73	0.0	17	15	67	15
比利时	9.6	10.2	11.6	2.3	1.6	1.8	71	77	82	0.6	17	17	64	19
伯利兹	0.1	0.2	0.4	6.3	4.2	2.4	65	70	71	2.1	30	30	66	4
贝宁	2.9	5.7	11.8	6.7	6.4	4.8	42	55	62	2.8	42	32	55	3
不丹	0.3	0.5	0.8	6.7	4.8	2.0	39	56	71	1.4	26	27	69	5
多民族玻利维亚国	4.4	7.4	11.4	6.3	4.6	2.8	45	57	70	1.5	31	29	62	7
波斯尼亚和黑塞哥维那	3.7	3.9	3.5	3.0	1.7	1.4	66	71	77	–0.7	14	17	68	17
博茨瓦纳	0.7	1.5	2.4	6.7	4.1	2.6	54	57	69	1.8	31	28	65	4
巴西	92.9	159.7	212.4	5.2	2.6	1.7	59	67	76	0.8	21	23	70	9
文莱达鲁萨兰国	0.1	0.3	0.4	5.8	2.9	1.8	67	74	78	1.4	22	23	72	5
保加利亚	8.5	8.5	7.0	2.1	1.4	1.6	71	71	75	–0.6	15	14	64	21
布基纳法索	5.5	9.8	20.3	6.6	6.9	5.1	39	49	62	2.9	45	33	53	2

国家，领土和其他区域	人口数			生育率			预期寿命			人口变化	人口构成（按年龄）			
	总人口数百万			女性总和生育率			出生时预期寿命，年			人口年均变化率	0-14岁人口百分比	10-24岁人口百分比	15-64岁人口百分比	65岁及以上人口
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
布隆迪	3.4	5.9	11.6	7.3	7.3	5.5	44	48	59	3.1	45	31	52	3
柬埔寨	6.9	10.3	16.5	6.6	4.9	2.5	42	55	70	1.6	31	28	64	5
喀麦隆共和国	6.4	13.1	25.3	6.2	6.1	4.5	46	50	60	2.6	42	32	55	3
加拿大	21.1	29.0	37.3	2.4	1.7	1.6	72	78	83	1.0	16	17	66	18
佛得角	0.3	0.4	0.6	7.0	4.7	2.2	53	66	73	1.2	29	30	66	5
中非共和国	1.8	3.3	4.8	6.0	5.7	4.6	41	47	54	0.9	42	34	54	4
乍得	3.6	6.8	15.8	6.5	7.4	5.6	41	47	54	3.2	47	34	51	3
智利	9.4	14.1	18.3	4.2	2.4	1.8	62	75	80	0.8	20	21	68	12
中国[3]	803.6	1229.0	1420.1	5.9	1.7	1.6	58	70	77	0.5	18	17	71	12
中国，香港特别行政区[4]	3.8	6.1	7.5	3.4	1.2	1.4	71	79	84	0.7	12	13	70	17
中国，澳门特别行政区[5]	0.2	0.4	0.6	2.4	1.3	1.4	69	79	84	2.0	14	13	75	11
哥伦比亚	21.5	36.8	49.8	5.8	2.7	1.8	61	69	75	0.9	23	24	69	8
科摩罗	0.2	0.5	0.9	7.1	5.9	4.1	45	58	64	2.3	39	31	58	3
刚果民主共和国	19.5	40.3	86.7	6.2	6.8	5.8	44	49	61	3.3	46	32	51	3
刚果共和国	1.3	2.7	5.5	6.3	5.2	4.5	53	54	66	2.6	42	31	55	3
哥斯达黎加	1.8	3.4	5.0	4.9	2.9	1.7	66	76	80	1.1	21	23	69	10
科特迪瓦	5.0	14.1	25.5	7.9	6.3	4.7	43	50	55	2.5	42	32	55	3
克罗地亚	4.4	4.7	4.1	2.0	1.6	1.4	68	73	78	–0.5	15	16	65	21
古巴	8.6	10.9	11.5	4.2	1.6	1.7	69	75	80	0.2	16	17	69	16
库拉索	0.1	0.1	0.2	3.5	2.2	2.0	69	75	79	1.1	18	18	64	17
塞浦路斯[6]	0.6	0.8	1.2	2.7	2.2	1.3	72	77	81	0.8	17	20	69	14
捷克	9.8	10.4	10.6	2.0	1.5	1.6	70	73	79	0.1	16	14	64	20
丹麦	4.9	5.2	5.8	2.2	1.8	1.8	73	75	81	0.4	16	18	64	20
吉布提	0.1	0.6	1.0	6.8	5.5	2.7	48	57	63	1.6	30	30	66	4
多米尼克国	0.1	0.1	0.1	–	–	–	–	–	–	0.5	–	–	–	–
多米尼加共和国	4.4	7.8	11.0	6.4	3.2	2.3	58	69	74	1.2	29	27	64	7
厄瓜多尔	5.9	11.2	17.1	6.3	3.4	2.4	57	71	77	1.5	28	26	65	8
埃及	34.2	62.5	101.2	6.3	3.9	3.1	52	66	72	2.1	33	26	62	5
萨尔瓦多	3.6	5.5	6.4	6.3	3.7	2.0	55	67	74	0.5	27	28	65	9
赤道几内亚	0.3	0.5	1.4	5.8	6.0	4.4	39	50	59	4.0	37	29	60	3
厄立特里亚	1.8	3.1	5.3	6.7	6.0	3.9	43	52	66	2.1	41	32	55	4
爱沙尼亚	1.3	1.5	1.3	2.1	1.5	1.7	70	69	78	–0.2	17	15	63	20
斯威士兰	0.4	0.9	1.4	6.9	5.0	2.9	47	58	59	1.8	37	32	60	3
埃塞俄比亚	27.7	55.4	110.1	6.9	7.0	3.9	43	49	67	2.5	39	34	57	4
斐济	0.5	0.8	0.9	4.7	3.3	2.4	59	66	71	0.7	28	26	65	7
芬兰[7]	4.6	5.1	5.6	2.0	1.8	1.8	70	76	82	0.4	17	17	62	22
法国	50.5	58.0	65.5	2.6	1.7	2.0	72	78	83	0.4	18	18	62	20
法属圭亚那	0.0	0.1	0.3	4.8	4.0	3.2	65	73	81	2.6	32	28	62	6
法属波利尼西亚	0.1	0.2	0.3	5.1	2.9	2.0	60	70	77	0.8	23	24	69	8
加蓬	0.6	1.1	2.1	5.0	5.1	3.6	46	61	67	2.8	36	28	60	4
冈比亚	0.4	1.0	2.2	6.0	6.1	5.2	37	53	62	3.1	45	33	53	2
格鲁吉亚[8]	4.7	5.1	3.9	2.7	1.9	2.0	67	70	74	–0.9	20	18	65	15

人口统计学指标

国家，领土和其他区域	人口数			生育率			预期寿命			人口变化	人口构成（按年龄）			
	总人口数百万			女性总和生育率			出生时预期寿命，年			人口年均变化率	0-14岁人口百分比	10-24岁人口百分比	15-64岁人口百分比	65岁及以上人口
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
德国	78.3	80.9	82.4	2.2	1.3	1.5	71	76	82	0.2	13	14	65	22
加纳	8.4	16.3	30.1	7.0	5.2	3.8	49	58	64	2.3	38	31	58	3
希腊	8.6	10.7	11.1	2.6	1.4	1.3	71	78	82	–0.3	14	15	65	21
格林纳达	0.1	0.1	0.1	4.7	3.3	2.0	64	69	74	0.4	26	25	66	8
瓜德罗普岛[9]	0.3	0.4	0.4	5.0	2.1	1.9	64	75	82	0.0	18	21	64	19
关岛	0.1	0.1	0.2	4.5	2.9	2.3	65	73	80	0.5	24	25	66	10
危地马拉	5.5	10.2	17.6	6.7	5.2	2.8	52	65	74	2.0	34	32	61	5
几内亚	4.2	7.5	13.4	6.2	6.4	4.6	36	52	62	2.4	42	32	55	3
几内亚比绍	0.7	1.1	2.0	6.0	6.4	4.4	41	51	59	2.5	41	31	56	3
圭亚那	0.7	0.8	0.8	5.5	3.1	2.4	62	64	67	0.6	28	29	66	6
海地	4.6	7.7	11.2	5.8	5.0	2.8	47	56	64	1.3	32	30	63	5
洪都拉斯	2.6	5.6	9.6	7.3	4.7	2.4	52	68	74	1.7	30	31	65	5
匈牙利	10.3	10.4	9.7	2.0	1.6	1.4	69	70	76	–0.3	14	16	66	20
冰岛	0.2	0.3	0.3	3.1	2.2	1.9	74	79	83	0.7	20	20	65	15
印度	541.5	942.2	1368.7	5.6	3.7	2.3	47	60	69	1.2	27	27	67	6
印度尼西亚	111.8	193.9	269.5	5.5	2.8	2.3	54	65	70	1.2	27	26	68	6
伊朗（伊斯兰共和国）	27.8	59.7	82.8	6.5	3.5	1.6	50	68	77	1.2	24	21	70	6
伊拉克	9.6	19.6	40.4	7.4	5.5	4.2	58	68	70	3.0	40	31	57	3
爱尔兰	2.9	3.6	4.8	3.8	1.9	2.0	71	75	82	0.5	21	19	64	15
以色列	2.8	5.2	8.6	3.8	2.9	2.9	72	78	83	1.6	28	23	60	12
意大利	53.2	57.3	59.2	2.5	1.2	1.5	71	78	84	–0.1	13	14	63	24
牙买加	1.8	2.5	2.9	5.6	2.8	2.0	68	72	76	0.3	23	25	67	10
日本	103.5	126.1	126.9	2.1	1.4	1.5	72	80	84	–0.1	13	14	59	28
约旦	1.6	4.4	10.1	8.0	4.8	3.2	59	71	75	3.8	35	30	61	4
哈萨克斯坦	12.9	16.2	18.6	3.6	2.4	2.5	62	64	70	1.4	29	20	64	7
肯尼亚	10.9	26.5	52.2	8.1	5.5	3.7	52	55	68	2.6	40	33	58	3
基里巴斯	0.1	0.1	0.1	5.7	4.4	3.5	54	62	67	1.8	36	29	60	4
朝鲜民主主义人民共和国	14.0	21.6	25.7	4.4	2.2	1.9	59	68	72	0.5	20	22	71	9
韩国	31.6	44.8	51.3	4.5	1.6	1.3	60	73	83	0.4	13	16	72	15
科威特	0.7	1.7	4.2	7.3	2.7	1.9	66	73	75	3.9	21	19	76	3
吉尔吉斯斯坦	2.9	4.5	6.2	5.2	3.4	2.9	60	66	71	1.5	32	25	63	5
老挝人民民主共和国	2.6	4.7	7.1	6.0	5.6	2.5	46	56	68	1.4	32	30	64	4
拉脱维亚	2.4	2.5	1.9	1.9	1.5	1.6	70	68	75	–1.1	16	14	64	20
黎巴嫩	2.3	3.0	6.1	5.1	2.7	1.7	66	72	80	3.7	22	25	69	9
莱索托	1.0	1.7	2.3	5.8	4.6	2.9	49	58	55	1.3	35	32	60	5
利比里亚	1.4	2.0	5.0	6.7	6.2	4.4	39	49	64	2.6	41	32	56	3
利比亚	2.0	4.9	6.6	8.1	3.9	2.2	55	70	72	0.7	28	25	68	5
立陶宛	3.1	3.6	2.9	2.3	1.7	1.7	71	70	75	–1.0	15	16	65	19
卢森堡	0.3	0.4	0.6	2.1	1.7	1.6	70	76	82	1.8	16	18	69	15
马达加斯加	6.4	13.1	27.0	7.3	6.0	4.0	44	54	67	2.7	40	33	57	3
马拉维	4.5	9.8	19.7	7.3	6.5	4.4	40	47	64	2.9	43	34	54	3
马来西亚[10]	10.5	20.0	32.5	5.2	3.4	2.0	64	72	76	1.6	24	25	69	7
马尔代夫	0.1	0.2	0.5	7.2	4.6	2.0	43	65	78	2.4	23	21	72	4

国家，领土和其他区域	人口数			生育率			预期寿命			人口变化	人口构成（按年龄）			
	总人口数百万			女性总和生育率			出生时预期寿命，年			人口年均变化率	0-14岁人口百分比	10-24岁人口百分比	15-64岁人口百分比	65岁及以上人口
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
马里	5.9	9.4	19.7	7.1	7.1	5.8	32	47	59	3.0	47	33	50	2
马耳他	0.3	0.4	0.4	2.0	2.0	1.5	71	77	81	0.4	15	15	65	20
马提尼克	0.3	0.4	0.4	4.8	1.9	1.9	65	76	83	–0.3	17	19	63	20
毛里塔尼亚	1.1	2.3	4.7	6.8	5.8	4.5	49	59	64	2.8	39	31	57	3
毛里求斯[11]	0.8	1.1	1.3	4.2	2.2	1.4	63	70	75	0.2	17	22	71	12
墨西哥	50.4	92.3	132.3	6.8	3.1	2.1	61	72	78	1.3	26	26	67	7
密克罗尼西亚（联邦）	0.1	0.1	0.1	6.9	4.7	3.0	61	67	70	0.4	32	33	62	5
摩尔多瓦共和国[12]	3.5	4.4	4.0	2.6	2.0	1.2	65	67	72	–0.1	16	17	72	12
蒙古	1.2	2.3	3.2	7.6	2.9	2.6	55	61	70	1.7	30	22	66	4
黑山	0.5	0.6	0.6	2.8	2.0	1.6	69	74	78	0.1	18	19	66	16
摩洛哥	15.7	26.7	36.6	6.7	3.4	2.4	52	67	77	1.4	27	24	66	7
莫桑比克	9.0	15.2	31.4	6.8	6.0	5.1	39	45	60	2.9	44	33	53	3
缅甸	25.7	42.7	54.3	6.0	3.1	2.1	50	60	67	0.9	26	27	68	6
纳米比亚	0.8	1.6	2.6	6.4	4.7	3.2	52	61	66	2.2	36	31	60	4
尼泊尔	11.8	20.9	29.9	5.9	4.8	2.0	40	58	71	1.1	29	32	64	6
荷兰	12.9	15.4	17.1	2.6	1.6	1.8	74	77	82	0.3	16	18	64	20
新喀里多尼亚	0.1	0.2	0.3	5.3	2.8	2.1	62	72	78	1.3	22	22	68	10
新西兰	2.8	3.6	4.8	3.2	2.0	2.0	71	77	82	1.0	20	20	64	16
尼加拉瓜	2.3	4.5	6.4	6.9	3.9	2.1	53	67	76	1.1	28	28	66	6
尼日尔	4.4	9.2	23.2	7.6	7.7	7.1	36	46	61	3.8	50	33	47	3
尼日利亚	54.7	105.4	201.0	6.4	6.3	5.3	41	46	55	2.6	44	32	54	3
北马其顿	1.7	2.0	2.1	3.3	2.0	1.6	66	72	76	0.1	16	18	69	14
挪威[13]	3.8	4.3	5.4	2.7	1.9	1.8	74	78	83	1.1	18	18	65	17
阿曼	0.7	2.1	5.0	7.3	5.7	2.5	50	69	78	5.5	21	19	76	2
巴基斯坦	56.5	119.8	204.6	6.6	5.5	3.3	52	61	67	2.0	35	29	61	5
巴勒斯坦[14]	1.1	2.5	5.2	7.9	6.4	3.8	55	69	74	2.7	39	32	58	3
巴拿马	1.5	2.7	4.2	5.3	2.9	2.4	65	74	79	1.6	27	25	65	8
巴布亚新几内亚	2.5	4.8	8.6	6.2	4.7	3.5	48	60	66	2.1	35	31	61	4
巴拉圭	2.4	4.7	7.0	5.9	4.2	2.4	65	69	73	1.3	29	28	64	7
秘鲁	13.0	23.6	32.9	6.5	3.4	2.3	53	68	76	1.3	27	26	66	8
菲律宾	34.8	68.2	108.1	6.4	4.1	2.8	61	66	70	1.6	31	29	64	5
波兰	32.4	38.4	38.0	2.3	1.8	1.3	70	72	78	–0.1	15	15	67	18
葡萄牙	8.7	10.1	10.3	3.0	1.5	1.2	67	75	82	–0.4	13	15	65	22
波多黎各	2.7	3.7	3.7	3.2	2.1	1.5	71	74	81	–0.2	17	21	67	16
卡塔尔	0.1	0.5	2.7	6.9	3.6	1.8	68	76	79	4.8	14	18	84	2
留尼旺	0.5	0.7	0.9	5.1	2.4	2.2	62	74	81	0.8	23	23	65	12
罗马尼亚	20.3	23.1	19.5	2.8	1.4	1.6	68	70	76	–0.5	15	16	66	19
俄罗斯联邦	129.5	148.4	143.9	2.0	1.4	1.8	69	66	71	0.1	18	15	67	15
卢旺达	3.6	6.0	12.8	8.2	6.3	3.7	44	29	68	2.5	39	32	57	3
圣基茨和尼维斯	0.0	0.0	0.1	–	–	–	–	–	–	1.0	–	–	–	–
圣卢西亚	0.1	0.1	0.2	6.2	3.0	1.4	62	71	76	0.5	18	23	72	10
圣文森特和格林纳丁斯	0.1	0.1	0.1	6.2	2.8	1.9	65	71	74	0.1	23	25	69	8

人口统计学指标

国家，领土和其他区域	人口数			生育率			预期寿命			人口变化	人口构成（按年龄）			
	总人口数百万			女性总和生育率			出生时预期寿命，年			人口年均变化率	0-14岁人口百分比	10-24岁人口百分比	15-64岁人口百分比	65岁及以上人口
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
萨摩亚	0.1	0.2	0.2	7.3	4.8	3.8	54	67	76	0.7	36	32	58	6
圣马力诺	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	0.9	–	–	–	–
圣多美和普林西比	0.1	0.1	0.2	6.4	5.6	4.3	55	62	67	2.2	42	33	55	3
沙特阿拉伯	5.6	18.3	34.1	7.3	5.2	2.4	52	71	75	2.4	25	21	72	4
塞内加尔	4.1	8.5	16.7	7.3	6.1	4.6	39	57	68	2.9	43	32	54	3
塞尔维亚[15]	8.1	9.9	8.7	2.4	1.9	1.6	67	72	76	–0.4	16	18	65	18
塞舌尔	0.1	0.1	0.1	5.9	2.4	2.2	65	71	74	0.5	22	19	68	9
塞拉利昂	2.6	4.3	7.9	6.5	6.6	4.2	34	36	53	2.2	41	33	56	3
新加坡	2.0	3.4	5.9	3.4	1.7	1.3	68	77	84	1.6	15	17	71	14
圣马丁岛	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	2.4	–	–	–	–
斯洛伐克	4.5	5.4	5.5	2.5	1.7	1.5	70	72	77	0.1	16	16	68	16
斯洛文尼亚	1.7	2.0	2.1	2.2	1.3	1.7	69	74	81	0.2	15	14	65	20
所罗门群岛	0.2	0.3	0.6	6.8	5.3	3.7	54	59	72	2.1	38	32	58	4
索马里	3.4	7.6	15.6	7.2	7.6	6.0	41	46	58	2.9	46	33	51	3
南非	22.2	41.2	58.1	5.7	3.2	2.4	55	62	64	1.3	29	27	66	6
南苏丹	3.6	5.4	13.3	6.9	6.6	4.6	35	46	58	3.1	41	32	55	3
西班牙[16]	33.6	39.8	46.4	2.9	1.2	1.4	72	78	84	–0.1	14	15	66	20
斯里兰卡	12.2	18.1	21.0	4.5	2.3	2.0	64	69	76	0.4	23	23	66	11
苏丹	10.0	23.3	42.5	6.9	5.9	4.3	52	56	65	2.4	40	33	56	4
苏里南	0.4	0.4	0.6	5.8	3.1	2.3	63	68	72	1.0	26	26	67	7
瑞典	8.0	8.8	10.1	2.1	1.9	1.9	74	79	83	0.8	18	17	62	20
瑞士	6.1	7.0	8.6	2.2	1.5	1.6	73	78	84	1.1	15	15	66	19
阿拉伯叙利亚共和国	6.1	13.9	18.5	7.6	4.6	2.8	58	72	73	–1.4	35	35	60	5
塔吉克斯坦	2.8	5.7	9.3	7.0	4.7	3.2	60	63	72	2.2	35	28	61	4
坦桑尼亚联合共和国[17]	13.2	29.1	60.9	6.8	5.9	4.8	46	49	67	3.1	44	32	52	3
泰国	35.8	58.9	69.3	5.8	1.9	1.4	59	70	76	0.3	17	19	71	12
东帝汶民主共和国	0.6	0.9	1.4	6.0	6.1	5.2	39	52	70	2.2	43	35	53	4
多哥	2.0	4.2	8.2	7.0	5.9	4.3	46	55	61	2.6	41	32	56	3
汤加	0.1	0.1	0.1	6.2	4.5	3.5	65	70	73	0.6	35	33	59	6
特立尼达和多巴哥	0.9	1.3	1.4	3.7	2.0	1.7	65	68	71	0.4	20	19	69	11
突尼斯	5.0	9.0	11.8	6.8	2.7	2.1	50	71	76	1.1	24	21	67	9
土耳其	34.1	57.6	83.0	5.7	2.8	2.0	52	66	77	1.5	24	24	67	9
土库曼斯坦	2.1	4.1	5.9	6.5	3.7	2.7	58	63	68	1.7	31	25	65	5
特克斯和凯科斯群岛	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	1.8	–	–	–	–
图瓦卢	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	0.9	–	–	–	–
乌干达	9.2	19.9	45.7	7.1	7.0	5.3	49	44	61	3.3	47	34	51	2
乌克兰[18]	46.7	51.1	43.8	2.0	1.5	1.6	71	68	72	–0.5	16	15	67	17
阿拉伯联合酋长国	0.2	2.3	9.7	6.7	3.6	1.7	61	73	78	1.8	14	16	85	1
英国	55.4	57.8	67.0	2.4	1.8	1.9	72	77	82	0.6	18	17	63	19
美利坚合众国	207.7	262.7	329.1	2.4	2.0	1.9	71	76	80	0.7	19	20	65	16
美属维尔京群岛	0.1	0.1	0.1	5.3	2.6	2.2	69	75	80	–0.1	20	20	60	20
乌拉圭	2.8	3.2	3.5	2.9	2.4	2.0	69	73	78	0.3	21	22	64	15

国家，领土和其他区域	人口数			生育率			预期寿命			人口变化	人口构成（按年龄）			
	总人口数百万			女性总和生育率			出生时预期寿命，年			人口年均变化率	0-14岁人口百分比	10-24岁人口百分比	15-64岁人口百分比	65 岁及以上人口
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
乌兹别克斯坦	11.7	22.4	32.8	6.4	3.7	2.2	62	66	72	1.5	28	25	67	5
瓦努阿图	0.1	0.2	0.3	6.3	4.8	3.2	52	65	73	2.2	36	29	60	5
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	11.2	21.7	32.8	5.6	3.1	2.2	64	71	75	1.4	27	26	66	7
越南	42.3	73.9	97.4	6.5	2.9	1.9	60	72	77	1.1	23	21	69	8
西撒哈拉	0.1	0.2	0.6	6.6	3.8	2.4	42	60	70	2.1	27	25	69	3
也门	6.1	14.7	29.6	7.8	7.8	3.7	40	59	66	2.5	39	33	58	3
赞比亚	4.0	8.9	18.1	7.3	6.2	4.8	49	43	63	3.0	44	34	53	2
津巴布韦	5.0	11.1	17.3	7.4	4.6	3.5	55	52	62	2.3	41	32	56	3

注意

– 数据不可用。

a 由于数据不可用，不包括库克群岛，马绍尔群岛，瑙鲁，纽埃，帕劳，托克劳和图瓦卢。

b 由于数据不可用，不包括安圭拉，百慕大，英属维尔京群岛，开曼群岛，多米尼加，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 包括圣诞岛，科科斯（基林）群岛和诺福克岛。

2 包括纳戈尔诺 - 卡拉巴赫。

3 出于统计目的，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省。

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 包括奥兰群岛。

8 包括阿布哈兹和南奥塞梯。

9 包括圣巴泰勒米和圣马丁岛（法国部分）。

10 包括沙巴州和砂拉越州。

11 包括阿加莱加群岛，罗德里格斯岛和圣布兰登群岛。

12 包括德涅斯特河沿岸。

13 包括斯瓦尔巴群岛和扬马延岛。

14 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，该决议赋予巴勒斯坦“联合国非会员国观察员地位”。

15 包括科索沃。

16 包括加那利群岛，休达和梅利利亚。

17 包括桑给巴尔。

18 包括克里米亚。

指标技术说明

《2019 世界人口状况》报告中的统计表以各种指标追踪了作为《国际人口与发展大会行动纲领》后续文件的《行动框架》及孕产妇健康、教育机会、性与生殖健康等领域可持续发展目标的进展情况。此外，这些统计表还包含各种人口统计学指标。这些表格充分说明了联合国人口基金在创建一个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的世界这一目标方面所付出的努力及取得进展和成果。

不同国家当局和国际组织在数据的收集、推断或分析中可能会采用不同的方法。为促进数据的国际可比性，联合国人口基金采用了主要数据提供者所使用的标准方法。因此，在某些情况下，这些表格中的数据与国家当局生成的数据可能会存在差异。另外，由于地区分类的更新、方法的更新和时间系列数据的修订等原因，这些表格中呈现的数据与以往《世界人口状况》报告提供的数据不具有可比性。

这些统计表参考了具有代表性的国别家庭调查（如人口和健康调查（DHS）、多指标类集调查（MICS）等）、联合国各组织机构的估算和机构间估算等数据来源，同时还包含了《世界人口展望报告（2017 年修订版）》和联合国人口司《基于模型的家庭计划指标估算和预测（2018）》中的最新人口估算和预测。表格中的数据都附有定义、来源和说明。《2019 世界人口状况》报告中的统计表一般反映的是截至 2019 年 1 月的信息。

国际人口与发展大会目标的监测指标

性和生殖健康和权利

15-49 岁妇女中采用任何方法的避孕普及率（2019）。来源：联合国人口司。基于模型的估算是根据样本调查数据进行的。调查数据对目前分别采用任何或现代避孕方法实施避孕的已婚妇女（包括同居妇女）的比率进行了估计。现代避孕方法（或称临床和物资供应避孕方法）包括男女绝育手术、宫内节育器、避孕药、注射针剂、激素植入剂、避孕套和女用避孕套等。

15-49 岁妇女中采用现代方法的避孕普及率（1969、1994、2019）。来源：联合国人口司。基于模型的估算是根据样本调查数据进行的。调查数据对目前分别采用任何或现代避孕方法实施避孕的已婚妇女（包括同居妇女）的比率进行了估计。现代避孕方法（或称临床和物资供应避孕方法）包括男女绝育手术、宫内节育器、避孕药、注射针剂、激素植入剂、避孕套和女用避孕套等。

15-49 岁妇女中家庭计划需求未得到满足的情况（2019）。来源：联合国人口司。本指标指 15-49 岁已婚或同居妇女中希望停止或推迟生育但没有使用任何避孕方法者的百分比。

15-49 岁妇女中家庭计划需求得到了满足的情况（2019）。来源：联合国人口司。本指标指 15-49 岁已婚或同居妇女中家庭计划需求得到了充分满足者的百分比。将避孕人数或现代方法避孕人数除以家庭计划需求总人数即可得出这一比率。其中，家庭计划需求总人数为避孕人数与家庭计划需求未得到满足者之和。

15-49 岁妇女中采用现代方法满足家庭计划需求者的比率（1969、1994、2019）。来源：联合国人口司。本指标指 15-49 岁已婚或同居妇女中采用现代避孕方法满足家庭计划需求者的百分比。将现代方法避孕人数除以家庭计划需求总人数即可得出这一比率。其中，家庭计划需求总人数为避孕人数与家庭计划需求未得到满足者之和。

每 10 万例活产中的孕产妇死亡率（1994 和 2015）及孕产妇死亡率大致估算范围（UI80%）（2015）。来源：联合国孕产妇死亡率估算机构间小组（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）。本指标呈现的是每 10 万例活产中妇女因怀孕相关原因而死亡的人数。具体估算是由孕产妇死亡率估算机构间小组利用人口生命登记系统、家庭调查和人口普查的数据进行的。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都是孕产妇死亡率估算机构间小组的成员。这个小组及其它联合国机构和学术机构会定期对估算和方法进行评估，在必要情况下，还会对其进行修订——这些都是孕产妇死亡数据持续改善进程的一部分。但是，这些估算与机构间小组之前进行的估算不具有可比性。

专业卫生人员助产百分比（2017）。来源：专业助产全球联合数据库，2017，联合国儿童基金会和世界卫生组织。地区合计数字是由联合国人口基金根据全球联合数据库的数据计算得到的。专业卫生人员（医生、护士或助产士）助产百分比是指在生产过程中由接受过产科护理培训的卫生人员提供助产服务的百分比。其中助产服务包括在怀孕、分娩和产后期间为妇女提供必要监管、护理和建议、亲自进行接生、为新生儿提供护理服务等行为。传统接生人员——即便其上过“短期培训课程”——也不算在专业卫生人员内。

联合国人口司就一系列家庭计划指标进行了全面、系统、基于模型的年度估算，并在 60 年时间框架内为这些指标提供了预测。这些指标包括 1970-2030 年间的避孕普及率、家庭计划需求未满足率、已婚和同居妇女家庭计划需求满足率等。为得出估算值、预测值和不确定性评估值，联合国人口司使用了贝叶斯层次模型及国别特定时间趋势。这个模型推动了前人的工作，并解释了因数据来源、样本人口和被纳入普及率指标的避孕方法等因素造成的差异。关于家庭计划模型相关估算、方法和更新方面的更多信息，请参考以下网址：http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml。这些估算值是以《世界避孕方法的使用状况（2018）》这一报告编撰的国别数据为依据的。

性与生殖健康及生育权相关决策情况（2014）。来源：联合国人口基金。本指标指 15-49 岁已婚或同居妇女中有权就以下所有三个方面即与伴侣进行性交、避孕药具的使用和保健进行自主决策者的百分比。

国际人口与发展大会目标的监测指标

青少年和青年

每 1000 名 15-19 岁女孩的青少年生育率（2018）。来源：可持续发展目标全球数据库。青少年生育率代表的是 15-19 岁女孩的生育风险。由于民事登记原因，这个比率受许多限制性因素的影响。这些因素包括生产登记的完整性、活产但登记之前或产后 24 小时内死亡婴儿的处置方法、母亲年龄相关信息的质量、前期生产数的纳入等。人数估算则可能受年龄误报和覆盖率等局限性的影响。对于调查和普查数据而言，分子和分母都来自同一人口群体。主要局限性涉及年龄误报、生产登记遗漏、孩子出生日期的误报、调查样本的可变性等。

18 岁前涉及童婚的百分比（2017）。来源：可持续发展目标全球数据库。地区合计数字是由联合国人口基金基于可持续发展目标全球数据库数据计算得出的。本指标指 20-24 岁妇女中在 18 岁之前结婚或同居的比率。

15-19 岁女孩进行割礼的百分比（2017）。来源：联合国人口基金。本指标指 15-19 岁女孩中进行了女性生殖器切割的百分比。

经调整的小学净入学率（2017）。来源：联合国教科文组织统计研究所。本指标指属于官定小学适龄群体且被小学或中学录取儿童的百分比。

小学性别平等指数（2017）。来源：联合国教科文组织统计研究所。本指标指女性经调整的小学净入学率与男性经调整的小学净入学率之比。

经调整的中学净入学率（2017）。来源：联合国教科文组织统计研究所。本指标指属于官定中学适龄群体且被中学录取儿童的百分比。

中学性别平等指数（2017）。来源：联合国教科文组织统计研究所。本指标指女性经调整的中学净入学率与男性经调整的中学净入学率之比。

人口统计学指标

人口数

以百万单位计算的总人口数（1969、1994、2019）。来源：联合国人口司。地区合计数字由联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标为估算的年中国别人口总数。

生育率

女性总和生育率（1969、1994、2019）。来源：联合国人口司。地区合计数字由联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标指假设每名妇女活到其生育年龄结束且按照当前适龄妇女普遍生育率生育孩子的情况下生育的孩子数。

预期寿命

以年计算的出生时预期寿命（1969、1994、2019）。来源：联合国人口司。地区合计数字由联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标指新生儿出生时根据人口横截面样本的死亡率计算得出的存活年数。

人口变化

以百分比计算的人口年平均变化率（2010-2019）。来源：联合国人口司。本指标指基于中位数变量预测得出的、特定期限内的人口平均指数增长率。

人口构成

0-14 岁人口的百分比（2019）。来源：联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标指 0-14 岁人口的比率。

10-24 岁人口的百分比（2019）。来源：联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标指 10-24 岁人口的比率。

15-64 岁人口的百分比（2019）。来源：联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标指 15-64 岁人口的比率。

65 岁及以上人口的百分比（2019）。来源：联合国人口基金根据联合国人口司提供的数据计算得出。本指标指 65 岁及以上人口的比率。

地区分类

统计表格末尾所列的联合国人口基金平均数是根据来自下列国家和地区的数据计算得出的。

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、叙利亚、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、纽埃岛、巴基斯坦、帕劳、巴布亚新几内亚、菲律宾、萨摩亚群岛、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、北马其顿共和国、塞尔维亚、塔吉克斯坦、土耳其、土库曼斯坦、乌克兰、乌兹别克斯坦

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、伊斯瓦蒂尼（原斯威士兰）、埃塞俄比亚、肯尼亚、莱索托、马达加斯加、马拉维、毛里求斯、莫桑比克、纳米比亚、卢旺达、南非、南苏丹、坦桑尼亚联合共和国、乌干达、赞比亚、津巴布韦

拉丁美洲和加勒比地区

安圭拉、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、多米尼克国、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、圣文森特和格林纳丁斯、圣马丁、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在欧洲、北美、澳大利亚 / 新西兰和日本的覆盖地区

欠发达地区包括联合国人口司在非洲、亚洲（日本除外）、拉丁美洲和加勒比地区以及美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚覆盖地区

最不发达国家：截至 2018 年 3 月底，联合国大会第 59/209、59/210、60/33、62/97、64/L.55、67/L.43、64/295 和 68/18 号决议界定的最不发达国家有 47 个，其中非洲 33 个、亚洲 9 个、大洋洲 4 个、拉丁美洲和加勒比海地区 1 个，分别是：阿富汗、安哥拉、孟加拉国、贝宁、布基纳法索、布隆迪、不丹、柬埔寨、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果民主共和国、吉布提、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、也门和赞比亚。欠发达地区也包含这些国家。

参考文献

Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.

Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.

American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.

Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." Population Bulletin 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.

Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.

Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper. No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.

Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.

Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.

Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.

Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): I1.

Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.

Coale, Ansley and Edgar Malone Hoover, 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Cohen, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades,* Sadik, Nafis, ed**.** New York: New York University Press, pp. 248-276.

Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.

Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.

Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2)(Suppl. 1):19833.

Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.

Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.

Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.

Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development.* New York: UN Women.

FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration.* Washington, D.C.: FP2020.

García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence.* Geneva: World Health Organization.

Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World.* New York: The Penguin Press.

Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging Sexual and Gender-based Violence in Institutional Settings." Brighton: Institute of Development Studies.

Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, accessed 1 December 2018.

Haberland, Nicole, 2015. "The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31.

Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112

Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.

Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.

Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.

IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: IASC and the European Commission.

IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster.* Geneva: World Health Organization.

ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.

IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.

IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: IFRC.

IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: IOM.

John, Neetu A. and others, 2017. "Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes." Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.

Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.

Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.

Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047–1048.

Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." South Africa: School of Public Health, University of the Witwatersrand.

MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey. 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men.* Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30–May 2, 2015.

Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind.* Milford, Connecticut: Universe Books.

Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.

Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.

National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions.* Washington, DC: The National Academies Press.

Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed**.** New York: New York University Press, pp. 189-210.

Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): 59-63.

OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018." Website: unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF, accessed 1 December 2018.

Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A *Lancet* Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.

Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary**).** *The Lancet* 340(1201): 1155.

Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.

RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.

Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139.

Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs.* Washington, D.C.: The World Bank.

Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.

Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270–283.

Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. "Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 45(2): 151–169.

Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20(1): 23-27, 32.

Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed**.** New York: New York University Press, pp. 152-174.

Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.

Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access.* New York: Guttmacher Institute.

Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–*Lancet* Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642–2692.

Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875–e887.

Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012–2013–ICRW–FE. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: UNAIDS.

UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.

UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: UNESCO.

UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: unfpa.org/unfpa-supplies, accessed 28 November 2018.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.* New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: UNFPA and UNICEF.

UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love, accessed 2 December 2018.

UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.

UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual.* Geneva: UNHCR.

UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women.* Geneva: UNHCR.

UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.

United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.

United Nations, 2018a. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations.

United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017." Website: population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality, accessed 28 November 2018.

United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet." ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: United Nations.

United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: United Nations.

United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015." ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

United Nations, 2015a. "World Population Policies Database." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

United Nations, 2014. "Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." New York: United Nations.

United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.

United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.

United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.

United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.

United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.

USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.

Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis". *PLOS Currents Disasters*. Website: http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis. Accessed 5 March 2019.

Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.

WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.

WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.

World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development". Washington, D.C.: The World Bank.

Wulf, Deirde, 1994. Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.

自1969年以来，确保人人享有权利，自主选择

联合国人口基金
605 Third Avenue
New York, NY 10158
+1 (212) 297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA

ISSN 1020-5195
ISBN 978-0-89714-029-4

Sales No. E.19.III.H.1
E/4,221/2019

♻ Printed on recycled paper.